

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

POUR LE

N°

115

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean Rodolphe VALDMAN

Né le 7 avril 1905 à Galatz (Roumanie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur à la Clinique ophtalmologique de la Faculté

Assistant à la Fondation ophtalmologique A. de R.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

PLASTIQUE PALPÉBRALE

L'Autoplastie palpébro-palpébrale intégrale

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

119

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean Rodolphe VALDMAN

Né le 7 avril 1905 à Galatz (Roumanie)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Moniteur à la Clinique ophtalmologique de la Faculté

Assistant à la Fondation ophtalmologique A. de R.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ

DE

PLASTIQUE PALPÉBRALE

L'Autoplastie palpébro-palpébrale intégrale

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique généra les	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	VILLARET.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC }
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ECALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOYEUX Parasitologie.

MM

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Fernand). . . . Pharmacologie.
 METZGER Obstétrique.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . .		MOCQUOT . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Dont le grand dévouement et la profonde affection ont fait de nous ce que nous sommes.

A MA TANTE ET A MON ONCLE

LÉON VALDMAN

Témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MA NIÈCE ET FILLEULE

MONIQUE-LILLYANNE BARON

Avec toute notre affection.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TERRIEN

Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

Hommage de notre respectueux attachement et de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant le temps que nous avons passé comme Externe et Moniteur à la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

A MON MAITRE

M. le Docteur DUPUY-DUTEMPS

Médecin-chef de la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild
Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a réservé le plus large accueil
nous agréant aux fonctions d'assis-
tant dans son service.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre respectueuse reconnaissance
pour les savantes directives qu'il nous
a prodiguées pour mener à bonne fin
notre travail.*

A MON MAITRE

M. le Docteur V. MORAX

Ophtalmologiste honoraire de l'Hôpital Lariboisière

Qui voulut bien par ses conseils éclairés, guider nos premiers pas dans l'art de l'Ophtalmologie.

En gage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée durant l'année que nous avons passée comme externe dans son service.

A MON MAITRE

M. le Docteur Louis FOURNIER

Médecin de l'Hôpital Cochin

*Nous le remercions très vivement pour
la paternelle bienveillance qu'il nous
a témoignée durant l'année que
nous avons été son externe et garde-
rons le meilleur souvenir du temps
passé près de lui.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur E. SERGENT

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôpital de La Charité

Monsieur le Professeur F. LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Docteur FAURE-BEAULIEU

Médecin de l'Hôpital ANDRAL

Monsieur le Docteur COMTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Professeur agrégé LENORMANT

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

Monsieur le Docteur DUFOUR

Médecin de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Professeur MAFAN

Professeur de Clinique de la première enfance
Médecin de l'Hôpital des Enfants-assistés

Monsieur le Professeur agrégé V. LE LORIER

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

*Dont les enseignements cliniques res-
teront gravés dans notre souvenir.*

A MES AUTRES MAÎTRES EN OPHTALMOLOGIE

M. le Docteur HENRI JOSEPH

M. le Docteur J. BOLLACK
Ophtalmologiste de l'Hôpital Cochin

M. le Docteur EDWARD HARTMANN
Ophtalmologiste des Hôpitaux

M. le Docteur ANDRÉ HUDELO
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MM. LES DOCTEURS

A. GUÉNOT, ANDRÉ BLONDEL, GEORGES MÉNÉGAUX
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

A MON AMI, l'Architecte PIERRE SERVIAT

Qui a bien voulu nous prêter le concours de son talent de dessinateur dans l'exécution des schémas de notre thèse.

INTRODUCTION

Durant le temps que nous avons passé comme externe dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière, dans la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu et comme assistant à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild, nous nous sommes vivement intéressé aux différents procédés de blépharoplastie et tout particulièrement à ceux qu'on employait pour combler les pertes de substances occasionnées par l'exérèse de l'épithélioma des paupières.

Il est certain que dans les cas où l'excision intéresse tous les plans de la paupière, l'envahissement néoplasique ayant généralement détruit toute son épaisseur, la meilleure réfection qu'on peut obtenir, chaque fois que la chose est possible, c'est de rétablir des paupières par les paupières même.

Dans cet ordre d'idées, notre maître, le Dr Dupuy-Dutemps a conçu un nouveau procédé de blépharoplastie. « *L'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale* ». Les quatre premières observations ont été exposées par notre ami le Dr Pierre Rouchaud dans ses « Contribution à l'étude des blépharoplasties » (Paris, 1926) et à l'obligance de qui nous devons nos deux premières planches,

Nous devons beaucoup à M. le D^r Dupuy-Dutemps qui nous a tant de fois instruit par son enseignement et nous a fait profiter de son expérience. Il nous a fait l'honneur de nous confier ses observations et comme nous l'avons plusieurs fois aidé — depuis que nous sommes son assistant à la Fondation ophthalmologique A. de Rothschild — pour des opérations où il appliquait son procédé et nous avons suivi la plupart de ces malades, nous sommes heureux de pouvoir présenter ces observations complètes et apporter ainsi notre faible contribution personnelle à la solution par un très beau procédé, d'un des plus passionnants problèmes de la chirurgie oculaire.

HISTORIQUE

La pratique des restaurations esthétiques de la face pour combler les pertes de substance cutanée par des opérations plastiques, remonte à la plus haute antiquité. Dans l'Inde, ces opérations pratiquées peut-être un millier d'années avant l'ère chrétienne par les prêtres, devinrent ensuite le privilège de la caste des Koomas ou fakirs qui les employaient surtout pour corriger le fâcheux effet esthétique des fréquentes amputations disciplinaires du nez. Evidemment, la médecine hindoue a une origine indiscutablement fort ancienne, mais les livres que nous possédons et qui sont les traités des médecins Charaka et Sucreta, ont été enrichis de nombreux emprunts grecs à une période peu antérieure au v^e siècle et les notions ophtalmologiques que l'on trouve dans ces ouvrages se réduisent à des fragments de science grecque perdus au milieu d'amplifications théosophiques.

Dans la médecine grecque nous trouvons pour la première fois décrite la chirurgie oculaire par Celse (livre VII), mais elle fut perfectionnée par ses successeurs surtout Paul d'Egine et Aetius qui décrit un procédé pour transplantation du sol ciliaire en 3 temps, déclarant

avoir emprunté cette méthode au médecin Léonidas, de même qu'il rapporte un procédé d'excision triangulaire comprenant toute l'épaisseur de la paupière et employé dans l'ectropion, procédé dû à d'Antyllus.

L'école arabe a cultivé particulièrement l'ophtalmologie. Mais la chirurgie était entravée par manque de connaissances anatomiques, la religion d'abord, — car au début la médecine arabe eut pour représentants des nestoriens, des juifs vers sa décadence, — la loi ensuite, leur interdisant la dissection ; de plus l'aversion superstitieuse de ces peuples pour les opérations chirurgicales et le discrédit qui environnait ceux qui les pratiquaient, contribuèrent singulièrement à enrayer les progrès de la chirurgie.

Vers le ^{xv}^e siècle la méthode indienne — qui consistait à tailler un lambeau cutané au voisinage de la plaie à recouvrir, puis à rabattre ce lambeau sur la plaie par une torsion plus ou moins complète du pédicule — était assez connue, presque commune en Europe et résumait toute la chirurgie réparatrice.

C'est à cette époque (1442) qu'Antoine Branca, de Catane réalisa la première opération par la méthode italienne en empruntant un lambeau de peau au bras pour exécuter la rhinoplastie. Mais ce n'est que plus tard vers 1546 que Tagliacozzi, chirurgien à Bologne, véritable créateur et vulgarisateur de la méthode italienne, fit connaître les résultats de ses opérations appliquées à la rhinoplastie. Il taillait au bras un lambeau de peau qu'il laissait flottant quelque temps avant de le fixer sur la partie du visage qu'il se proposait de recouvrir. Il ne le

fixait sur la paupière à recouvrir que lorsqu'il voyait la peau détachée conserver sa vitalité ; puis quand il jugeait, un certain nombre de jours après cette fixation, que la fusion du lambeau avec la partie cruentée était parfaite, il sectionnait le pédicule qui le retenait au bras et par des opérations complémentaires cherchait à donner au lambeau brachial, transplanté sur la face, la configuration d'un nez ou des lèvres. Il faut ajouter que la blépharoplastie par cette méthode est d'assez fraîche date, mais les préceptes généraux sont identiques, quel que soit le genre de réparation dont il s'agisse.

En 1719 Reneaume de la Garanne proposa une simplification de l'opération en faisant en même temps les deux plaies que Tagliacozzi ne réalisait qu'à un long intervalle. Cette proposition qui renferme le principe de la modification moderne de la méthode italienne ne reçut probablement pas d'exécution et tomba dans l'oubli.

C'est au commencement du siècle dernier que Graeffe père réalise justement le manuel opératoire proposé par Reneaume, dans une série d'opérations publiées dans son livre sur la rhinoplastie et donne à ce procédé le nom de méthode allemande, terme qui n'eut d'ailleurs qu'une fortune éphémère.

En 1818 après diverses rhinoplasties il fait la première opération blépharoplastique et déclare avoir comblé la perte de substance de la paupière inférieure détruite par gangrène, avec un lambeau de la joue. Il donne peu de détails sur sa tentative.

En ce qui concerne les greffes sans pédicule, Carl Graeffe, lui même, au commencement du siècle dernier,

n'obtient qu'un résultat peu encourageant de la transplantation d'un lambeau de peau pris au bras pour reconstituer un nez. On considère comme étant la première greffe sans pédicule bien réussie, le cas de Bungen en 1823 qui pratiqua une rhinoplastie avec un lambeau cutané emprunté à la cuisse du patient.

De toute façon les autoplasties par la méthode indienne si courantes par le nez, la méthode par lambeau isolé et pris à distance, la méthode italienne, ne paraissent point avoir été recommandées pour les paupières avant le xix^e siècle.

Parmi les causes d'échec, l'absence d'immobilisation du terrain par tarsorrhaphie, nuisait, plus que tout autre motif, au succès des incisions libératrices. Certains chirurgiens comme Acrel, fixaient les paupières par des fils passés en pleine paupière ; la plupart employaient les bandelettes adhésives, moyens précaires. L'avivement et la fusion temporaire des bords libres en réalisant une véritable suture chirurgicale, ne devaient venir que plus tard.

C'est au xix^e siècle que nous devons cette merveilleuse conquête qu'est la blépharoplastie. A partir de ce moment il y a trois périodes capitales dans son histoire à savoir :

Première période : la blépharoplastie à pédicule sans tarsorrhaphie.

Deuxième période : la tarsorrhaphie sans blépharoplastie pédiculée et c'est en combinant ces deux méthodes et toutes les variantes des lambeaux, de glissements, de greffes et d'incisions libératrices,

qu'on est arrivé au but à atteindre (troisième période).

Le progrès est énorme avec Fricke (de Hambourg) qui en 1829 répara un ectropion cicatriciel de la paupière supérieure avec un lambeau pédiculé de la peau fronto-temporale et Dieffenbach, Szymanowski, Burow, multiplièrent les procédés autoplastiques par glissement. On tailla après, les lambeaux, de façon à les transporter dans leur nouvel emplacement sans une véritable torsion, mais par une rotation plus ou moins marquée du pédicule. De plus si au début on opérait, en plusieurs temps, le pédicule formant un pont inutile qu'on ne coupait qu'après quelques semaines, les opérations ultérieures subirent d'importantes modifications ; les sutures, d'abord exceptionnelles — Blandin par exemple n'en faisait jamais dans la blépharoplastie — se généralisèrent.

Le pédicule fut inséré dans les téguments pour servir à combler le vide et à assurer en une seule opération la reconstitution autoplastique totale de la région ectropionnée et de la région où l'on avait emprunté le lambeau.

Ce sont surtout Graeffe, Dzondi et surtout Fricke, Blazius, Dieffenbach en Allemagne, Blandin en France et Hysern en Espagne qui ont contribué à l'essor de la blépharoplastie. On a cherché aussi à obvier à l'absence de cils à la paupière nouvellement formée et Haynes Walton, Dieffenbach, Dzondi ont arraché des cils robustes ou des poils, et les ont transplantés dans de petites piqûres pratiquées le long du bord de la paupière

artificielle, les maintenant en place par des bandelettes agglutinatives.

Puis les progrès se suivent : Walther fait la canthorraphie en 1826, Lisfranc la tarsorraphie totale en 1836 et Mirault (d'Angers) en 1842 substitua aux bandelettes agglutinatives et aux fils placés en pleine paupière, la soudure des bords libres et de la conjonctive voisine ; puis Maisonneuve perfectionna la technique en 1846 pour en faire la vraie abrasion rétrociliaire du bord palpébral.

C'est Denonvilliers qui en 1856 donna corps, en réunissant la tarsorraphie et la blépharorraphie à pédicule, à une méthode complète et définitive bien exposée dans la thèse de Cazelles (1860). Sur le terrain immobilisé par la tarsorraphie, le lambeau mobilisé comblait définitivement l'incision libératrice et empêchait la rechute.

Il faut arriver à la fin du xix^e siècle pour voir les premiers résultats heureux des différents procédés d'autoplastie. La suppuration, ce fléau de l'ancienne chirurgie venait presque fatalement déterminer le sphacèle des lambeaux. Alors la greffe par lambeaux séparés et sans pédicule reprit une faveur particulière grâce à sa simplicité. C'est surtout Reverdin qui en 1869 faisant connaître les résultats obtenus par des greffes épidermiques, remet la question à ce moment à l'ordre du jour.

Reverdin détachait avec une lancette de très petits fragments épidermiques ou plutôt des parcelles de peau qui comprenaient le réseau malpighien de l'épiderme et le corps papillaire du derme ; il les semait à la

surface d'une plaie bourgeonnante et granuleuse.

Ces fragments cutanés devenaient le centre d'îlots d'épidermisation et de cutinisation, qui s'étendaient, et en se rejoignant recouvraient toute la surface bourgeonnante.

Fiddes (d'Aberdeen) crut pouvoir n'utiliser strictement que l'épiderme pour le semis des greffes ; il râclait l'épiderme et le transportait avec un pinceau sur la surface granuleuse à recouvrir. Marc Sée en France défendit ce procédé mais ne put empêcher qu'il tombe dans l'oubli de même que l'idée de Mac Leod qui cherchait à favoriser l'épidermisation en transplantant sur la plaie bourgeonnante le contenu d'une vésicule de vésicatoire.

C'est du procédé de Reverdin que sont sortis tous les procédés actuels d'autoplasties par greffes prises à distance.

En 1874 Thiersch fait faire un grand pas à cette méthode en montrant que les greffes épidermiques réussissaient bien, non seulement sur une plaie bourgeonnante, mais aussi sur une plaie fraîchement avivée et en 1886, crée son procédé définitif qui consiste à enlever un large lambeau de peau au moyen du rasoir pour être transplantée sur la surface à recouvrir.

Le Fort en 1869 et en 1872 restaura une paupière par une greffe dermo-épidermique sans pédicule. C'est-à-dire greffe contenant toute l'épaisseur de la peau sauf le tissu graisseux sous-dermique, et recouvrant la totalité de la surface avivée, technique qui avait été fixée en 1872 par Ollier (de Lyon) sous le nom de greffe dermo-

épidermique et décrite plus tard en 1876 par Wolfe (de Glasgow).

De Wecker recouvrait la plaie avec une multitude de petits fragments cutanés découpés à la lancette d'où le nom de cette greffe « en mosaïque ».

Des modifications plus ou moins heureuses sont à citer pour mémoire, car ce ne sont que des opérations exceptionnelles. Ainsi Lucas et De Vincentiis conseillèrent l'emploi de la peau du prépuce qu'on peut recueillir dans les hôpitaux d'enfants où se pratiquent nombre de circoncisions. La peau du prépuce a des qualités de délicatesse et de souplesse avec comme avantage l'absence du panicule graisseux sous-jacent et peut servir à la restauration des paupières. Hofmokl employa la peau des membres amputés, Czerny s'est servi de la paroi d'un kyste athéromateux et même de la muqueuse à cils vibratils d'un polype nasal, l'épithélium cylindrique étant susceptible de se transformer en pavimenteux et dans le même ordre d'idées, Dufour utilisa la muqueuse buccale et la conjonctive du lapin. Schede emploie la peau de cadavres frais de douze heures au plus et poussant plus loin l'hétéroplastie. Gillet de Grandmont restaura une paupière avec la peau du ventre de la grenouille et Katzauroff utilisa la peau de lotte.

Il y a en résumé deux greffes sans pédicule : celle de Wolfe ou la greffe cutanée et celle de Tiersch ou la greffe dermique.

Mais ce qui permet à l'autoplastie de rentrer dans le domaine de la chirurgie courante c'est la doctrine de

l'asepsie et de l'antisepsie mise au jour par Pasteur, appliquée par Lister et vulgarisée par J. Lucas-Championnière vers 1876-1880, époque de laquelle date la rénovation chirurgicale moderne.

EXPOSÉ DES DIVERSES MÉTHODES D'AUTOPLASTIE

Il existe deux grands procédés opératoires : la blépharoplastie à pédicule et la greffe cutanée transportée auxquels on pourra rajouter une troisième variété dans laquelle le lambeau est pris à l'animal ou provient des lambeaux humains conservés et qui est l'alloplastie.

Ce sont les deux premiers procédés qu'on utilise séparément ou associés ce qui est nécessaire en effet soit au cours d'une récurrence, soit au cours d'une autoplastie secondaire.

Dans le premier procédé, la blépharoplastie à pédicule, rentrent les quatre méthodes suivantes :

- La méthode indienne ;
- La méthode par glissement ou méthode française, de Celse ;
- La méthode par pivotement de Denonvilliers ;
- La méthode italienne de Tagliacozzi.

Chacune de ces méthodes comportent plusieurs techniques ou procédés.

Dans le deuxième grand procédé opératoire ou greffe

cutanée transportée rentrent les deux méthodes suivantes :

- La greffe cutanée ;
- La greffe épidermique de Tiersch,

en réservant une petite place à part pour les greffes combinées.

Mon maître le professeur Terrien donne quelques règles générales qu'il sera toujours utile de suivre quel que soit le procédé employé.

1° La tarsorrhaphie totale sera toujours faite, avant de procéder à la taille du lambeau, et maintenue longtemps après l'opération ;

2° Le lambeau sera plus grand que la brèche à combler d'un tiers environ en raison des deux rétractions ultérieures c'est-à-dire : une rétraction primaire qui est celle qui suit l'excision et une rétraction secondaire qui se produit au cours de la cicatrisation ;

3° Afin d'assurer sa nutrition, le lambeau sera disséqué avec le tissu cellulaire sous-cutané et les vaisseaux qu'il contient. Le pédicule sera ni trop étroit, ni tordu sur lui-même, ce qui gênerait la circulation, et le lambeau ne doit pas être tirailé ;

4° On ménagera tout ce qui reste de l'ancienne paupière, le bord libre et la conjonctive ;

5° L'hémostase doit être parfaite et on s'assurera qu'aucune artériole ne donne, avant d'appliquer le lambeau. Les artères sont pincées à mesure et la torsion suffit d'ordinaire pour arrêter l'hémorragie ;

6° Bien entendu l'asepsie sera particulièrement rigou-

reusée et les pansements immédiats et consécutifs très soigneusement surveillés. On emploiera le tulle gras stérilisé.

Premier grand procédé opératoire : la blépharoplastie à pédicule

Méthode indienne

Elle consistait à tailler un lambeau cutané au voisinage de la plaie à recouvrir, puis à rabattre ce lambeau sur la plaie par une torsion plus ou moins grande du pédicule et qui entraîne forcément une difformité qui jointe à la nécessité de la section secondaire du pédicule ont fait abandonner cette méthode.

On peut toutefois rattacher à cette méthode le procédé suivant qui est un intermédiaire entre la méthode indienne et celle par pivotement du lambeau ou de Denonvilliers.

Procédé de Fricke : consistait à tailler un lambeau à vaste pédicule, à la région temporale et calculé de manière à remplir exactement la plaie résultant de la libération et de l'avivement de la paupière ectropionnée. Le lambeau étant préparé, on sectionnait ou l'on réséquait le pont de peau intermédiaire entre la surface avivée et le lambeau, puis celui-ci était appliqué sur la plaie par une torsion du pédicule d'environ 90°.

Procédé de Rollet ou à double lambeau symétrique dans lequel la méthode indienne est appliquée à la taille de deux lambeaux symétriques falciformes sur la paupière

supérieure, l'un naso-frontal, l'autre temporo frontal. Le premier, en demi-tranche de melon à concavité ouverte vers la tempe est commencé sous l'angle supéro-interne de l'orbite. Le second à concavité nasale est tracé symétriquement au précédent. Les deux lambeaux sont disséqués jusqu'à la base qui est bien mobilisée puis inclinés et couchés dans la plaie, le premier en dehors puis en bas, le second en dedans puis en bas. Les lambeaux ainsi superposés sont suturés avec fils métalliques ou crins de Florence en commençant par la pointe des lambeaux. Même technique pour la paupière inférieure et on évite ainsi la déformation en boudin de certains lambeaux autoplastiques trop volumineux de la méthode indienne.

Méthode ancienne de Celse par glissement du lambeau ou méthode française.

S'applique aux évversions peu considérables des paupières avec les procédés de Warthon-Jones et d'Alph. Guérin et quelques autres procédés, à peu près abandonnés aujourd'hui au profit des méthodes suivantes, à cause de l'inconvénient majeur qu'ils présentent et qui est la traction exercée sur les lambeaux. Nous citerons tout de même les procédés suivants.

Procédé de Dieffenbach : l'excision de la tumeur ou de la cicatrice ayant été faite par une section triangulaire ayant sa base vers la paupière on prolonge des deux côtés la section qui représente la base du triangle, on dissèque avec le tissu cellulaire les lambeaux latéraux les

dégageant par des incisions dites libératrices pour faciliter le glissement et la coaptation et on les maintient en place par des sutures.

Burow excisait en triangle toute la partie cicatricielle et prolonge vers la tempe l'incision supérieure qui deviendra la base d'un triangle d'excision cutanée aussi grand que le premier, mais à sommet dirigé en haut. Après avoir dégagé jusqu'à la base le triangle de peau intermédiaire aux deux triangles d'avivement, il arrive à le conduire jusqu'à l'angle interne de l'œil, de façon à combler ainsi les deux pertes de substance cutanée.

Serre excisait la portion cicatricielle non en triangle mais en carré et rapprochait la peau du voisinage par deux lambeaux rectangulaires disséqués et glissant l'un vers l'autre comme un verrou.

Knapp modifia la technique de Serre en prolongeant la fente palpébrale comprenant ainsi dans le mouvement de glissement tout le bord libre de la paupière.

Le procédé de Richet convient surtout à l'ectropion partiel de la partie externe de la paupière inférieure qui se voit lorsque la carie du rebord orbitaire, chez les enfants, a amené une adhérence cicatricielle de la peau aux parties profondes. On entoure la cicatrice par trois sections courbes : la première située au dessous de la cicatrice, suit le rebord orbitaire ; la seconde qui s'étend au dessus de la cicatrice, occupe la paupière ; la troisième réunit les deux autres. On excise la partie cicatricielle et en prolongeant la troisième section on taille

un lambeau temporal parallèle à celui qui se trouve ainsi formé sur la joue. Ces deux lambeaux sont libérés et transposés.

Mais pour que ces procédés réussissent à corriger définitivement l'ectropion il leur manquait l'opération d'importance capitale pour la réussite d'une blépharoplastie, c'est la fusion temporaire des paupières due à Mirault d'Angers.

Opération de Mirault (d'Angers) il libérait la paupière de ses adhérences par une incision curviligne conduite parallèlement au bord palpébral et poussée assez profondément pour que le bord ciliaire reprît sa position normale et après mobilisation de la paupière il avivait les bords et pratiquait la suture avec la paupière opposée. Il pratiquait l'avivement soit au niveau de la muqueuse ectropionnée, soit à la peau en dehors des cils, tout le long du rebord ciliaire. Les fils de suture étaient retirés au bout de quelques jours mais il laissait se cicatriser à plat la plaie produite par le débridement de la cicatrice de l'ectropion ; il attendait pour pratiquer la libération des paupières que la nouvelle cicatrice fut solide, souple et n'ait plus aucune tendance à la rétraction. Il laissait ainsi la fusion des deux paupières maintenir son effet pendant une année.

Bossalino (de Pise) a proposé, au lieu d'exciser le bord tranchant des paupières, d'en pratiquer le dédoublement par une section intermarginale, puis de fixer par une anse de fil, le feuillet postérieur de la paupière inférieure entre les deux feuillets dédoublés de la

paupière supérieure. Ce procédé est utile quand le bord des paupières a perdu sa forme.

Dianoux (de Nantes) proposait de séparer la lame cutanée cicatricielle de la surface muqueuse et de ne pratiquer la blépharorrhaphie qu'à l'aide de cette dernière.

La méthode par pivotement ou de Denonvilliers

n'est que le résultat de la fusion des deux méthodes précédentes : indienne par torsion et française ou par glissement. Dans cette méthode par pivotement on évite la torsion en disséquant largement la base du lambeau sur une assez grande profondeur, lui conservant en même temps toute son épaisseur, ce qui lui assure le maximum de vitalité.

La tumeur étant enlevée ou la cicatrice étant dégagée et la tarsorrhaphie faite on taille : un lambeau temporal dont le pédicule se trouvera en bas pour la paupière supérieure et un lambeau jugal, à la région malaire, dont le pédicule se trouvera en haut, pour la paupière inférieure. Le lambeau d'un tiers plus grand que la région à recouvrir sera disséqué avec soin car trop pourvu de graisse il formerait à la place de la paupière un bourrelet disgracieux et trop mince il serait exposé à se sphaceler. Il sera simplement pivoté et fixé, par de nombreux points de suture à la soie stérilisée, dans la plaie. On commence par placer un point à son extrémité pour le maintenir en bonne position, puis on disposera les autres points sur son pourtour en ayant soin d'af-

fronter très soigneusement les bords. On suturera ensuite la plaie d'emprunt.

Si la paupière supérieure est saine prendre un lambeau palpébral est un procédé de choix car on peut en exciser deux centimètres de hauteur sans modifier la fermeture des paupières ni leur aspect et il suffira le plus souvent à la réfection de la paupière inférieure correspondante. On aura soin de prendre un lambeau assez mince, sans enlever avec lui le tissu cellulaire, ni l'orbiculaire et le résultat est parfait car la perte de substance est remplacée par la peau de la paupière, fine et souple, avec grande vitalité et peu de rétraction en plus.

Méthode italienne de Tagliacozzi

appliquée à la restauration des paupières consiste dans la transplantation, sur une perte de substance palpébrale, d'un lambeau emprunté au bras et laissé adhérent à cette région par son pédicule jusqu'à parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir. C'est seulement lorsque cette adhésion paraît s'être effectuée qu'on le sépare de son point d'origine en sectionnant le pédicule qui l'y rattache encore.

Procédé de Berger. Diffère de l'ancien par le fait que c'est le lambeau fraîchement taillé que l'on fixe aussitôt par la suture à la perte de substance qu'il doit combler tandis que dans la vieille technique le lambeau taillé à l'avance n'est adapté à la surface qu'il doit recouvrir que quand il est déjà recouvert de cicatrice. Berger fait

construire (1889) par un orthopédiste une capeline et un gantelet de cuir moulé, destinés à maintenir le bras exactement rapproché de la face sans qu'aucun mouvement soit possible entre ces deux parties, position à laquelle doivent s'entraîner les patients avant l'opération car elle durera huit ou dix jours, date à laquelle on sectionnera le pédicule du lambeau au plutôt pour ne pas compromettre le succès de l'intervention.

Après libération de la cicatrice palpébrale et blépharorrhaphie on détache le lambeau brachial d'après les mesures prises et le contour très exactement dessiné d'avance au crayon dermographique, en ayant soin de bien le disséquer et débarrasser de son panicule adipeux. Il est appliqué sur la surface cruentée de la paupière et fixé par nombreuses sutures au crin de Florence. On suture en partie ou en totalité la plaie d'emprunt du bras.

Il y a encore pour immobiliser le bras l'appareil plâtré amovo-inamovible de Lagrange et Madamet (Bordeaux, 1903).

De toute façon le bras sera ramené *très doucement* à sa position et on n'oubliera pas que Bergér a signalé deux cas de mort, dont une subite par embolie, pendant ce mouvement.

Procédé de Snydacker. — L'auteur, ophthalmologiste de l'hôpital Michael Reese présenta en 1895 à la Société d'Ophthalmologie de Chicago son nouveau procédé dans lequel le lambeau taillé à distance dans la région cervicale, traverse la joue en pont jusqu'à la région palpé-

brale à restaurer. Du fait même qu'elle utilise un lambeau pédiculé avec rotation du pédicule elle n'est qu'une variété de la méthode indienne mais ce qui fait l'originalité du procédé, c'est le prélèvement éloigné du lambeau, comme dans la méthode italienne en évitant au patient le port d'un appareil immobilisateur pénible, et aussi dans le fait de faire passer en pont sur la joue un lambeau privé en grande partie de toute connexion nutritive. Il a l'inconvénient de laisser une cicatrice très visible dans la région du cou.

L'incision cutanée partira d'un point situé au-dessous et un peu en arrière de l'insertion du lobule de l'oreille de façon à éviter la section des branches du facial. De ce point, elle gagnera obliquement la ligne médiane inter-claviculaire. Là elle décrira une courbe ou une pointe et remontera parallèlement jusqu'à un point de quelques centimètres (2 à 3) inférieur et d'au moins 5 centimètres postérieur à l'insertion du lobule de l'oreille. La largeur du lambeau devra être plutôt exagérée, car il est facile de réunir les téguments du cou après ablation d'un lambeau de 5 à 7 centimètres de largeur. Les deux incisions cutanées peuvent être conduites parallèlement, mais il est peut-être préférable de les faire diverger légèrement vers le haut pour donner un peu plus de largeur à la moitié supérieure qu'à la moitié inférieure du lambeau qui est disséqué, bien libéré et infléchi de telle manière que son extrémité recouvre la surface palpébrale à combler et primitivement avivée, puis il est fixé dans la plaie, cela naturellement après blépharorrhaphie préalable. La suture ache-

vée il restera un pont de surface cruentée passant au-dessus de la joue. La plaie d'emprunt de la région cervicale sera suturée par des agrafes de Michel et surtout par des *sutures intra-dermiques* pour que la cicatrice soit moins visible et on sectionnera le pédicule une quinzaine plus tard en réséquant la portion en excès. Les surfaces de section du lambeau seront facilement fermées par quelques points de sutures.

Mon maître, le docteur Morax, a proposé d'utiliser, dans certains cas, pour restaurer la paupière inférieure ou lorsque la perte de substance à combler est très large, la portion du lambeau qui est réséquée et rejetée dans l'opération précédente. C'est la blépharoplastie en deux temps. En pareil cas, lorsque quinze jours ou trois semaines après la première opération on se trouve en présence d'un vaste lambeau déjà adhérent et recevant par son extrémité greffée une circulation suffisante pour permettre une nouvelle greffe, la paupière inférieure ayant été libérée à son tour, on sectionne le pédicule à son extrémité cervicale. Puis après curettage énergique des bourgeons charnus qui se sont développés à la surface du lambeau, celui-ci est infléchi horizontalement sur la surface palpébrale inférieure à combler et suturé dans cette nouvelle position.

Sutures intra-dermiques. — Imaginées par le chirurgien irlandais Kendal Franks et perfectionnées par Tuffier et Pozzi rendent pour ainsi dire invisibles les lignes de réunion des lambeaux cutanés ce qui est un avantage considérable pour une région comme la face. La suture

s'exécute avec une seule aiguille courbe de Hagedorn munie d'un très long fil de soie très fin qui suffit, la suture étant continue.

L'aiguille est introduite à l'une des extrémités de la plaie par la peau à un demi-centimètre en dehors, traverse toute la peau et ressort à l'extérieur entraînant après elle le fil jusqu'à l'extrémité du nœud qui y est fait. Après, l'aiguille pénètre dans l'épaisseur d'une des lèvres de la plaie où elle suit un trajet intradermique de trois à quatre millimètres, puis ressort à l'extérieur entraînant le fil avec elle ; elle est ensuite portée du côté opposé, pique l'épaisseur de cette seconde lèvre exactement en regard du point de sortie du fil sur l'autre lèvre, suit de même un trajet intradermique et ressort en dehors. Le fil sera conduit ensuite en lacets de l'une à l'autre lèvre de la plaie sans jamais ressortir à l'extérieur de la peau. Pour serrer la suture, le mieux est de serrer chaque anse à mesure qu'elle est placée. La plaie se trouve alors réduite à la ligne d'incision ; les deux lèvres sont très régulièrement coaptées et le fil est complètement caché, sauf aux deux extrémités. Pour terminer la suture on fait à la base du fil relevé par un aide un nœud avec un crin de Florence et les deux chefs de ce crin sont noués ensemble avec le fil terminal par un double nœud. Vers le septième jour on enlève très facilement le fil après avoir coupé un des nœuds terminaux.

Deuxième grand procédé opératoire : la greffe cutanée transportée

Le lambeau étant pris à distance, mais sur le malade lui-même, le greffon transplanté comprend ou toute l'épaisseur de la peau à l'exception du panicle adipeux et c'est la greffe cutanée ou dermo-épidermique, ou simplement l'épithélium et les parties les plus superficielles du derme; c'est la greffe épidermique de Thiersch. Il faut réserver une petite place à part pour les greffes combinées, surtout la greffe chondro-épidermique.

Greffe dermo-épidermique ou cutanée de Le Fort

Wolfe, qui a complètement établi la technique de ce procédé conseille de prendre, pour l'étoffe du lambeau à transplanter, la peau de la face interne de l'avant-bras. Comme règle générale on choisira une peau souple et dépourvue de poils, et à défaut du bras, on adoptera la peau de la face interne de la cuisse ou de l'abdomen.

L'opération commencera comme toute blépharoplastie par la libération complète de la paupière ectropionnée et par l'établissement de la suture palpébrale. On procède à l'hémostase soigneuse de la surface cruentée, condition indispensable au succès de la greffe. On taille le lambeau après avoir dessiné le contour avec un crayon dermatographique, d'après les mesures prises sur la plaie palpébrale et agrandies d'un tiers. La dissection de ce lambeau est limitée au derme, en évitant le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau est soigneusement étalé et

fixé aux lèvres de la plaie par quelques points de suture. Ce qu'il faut éviter pendant le transport c'est de le contusionner car chaque point de meurtrissure peut devenir nécrotique. Du tulle gras et un pansement sec, compressif, est appliqué modérément serré et laissé en place trois ou quatre jours au minimum, plus de préférence. Au moment du renouvellement du premier pansement il faut employer la plus grande douceur pour ne pas déchirer le lambeau pas encore très adhérent. Il faut pratiquer cette opération avec l'asepsie la plus rigoureuse, sans toutefois employer des substances antiseptiques qui compromettraient la vitalité des tissus. Si ces conditions sont rigoureusement observées, les résultats sont excellents.

Le lambeau dermo-épidermique transporté sur un tissu normal, simplement avivé, reprend très rapidement. La vitalité très grande des cellules épithéliales de la couche germinative, mises à nu, détermine une adhérence rapide du lambeau à la surface cruentée. Des examens histologiques de mon maître le Dr Morax il résulte que dès le 3^e jour on constate nettement les signes du rétablissement de la circulation dans la greffe. Entre la face profonde du lambeau qui, avec l'épiderme, comprend les couches superficielles du derme, papilles et anses capillaires, apparaissent de petits vaisseaux de néoformation, en même temps que se produit, dans la greffe comme dans le tissu sur lequel elle repose, un afflux leucocytaire assez intense, même en dehors de toute complication infectieuse. Vers le dixième jour on ne peut reconnaître la partie

greffée que par un examen très attentif. Son épaisseur ne diffère guère de celle du derme environnant ; l'infiltration leucocytaire a disparu ; seul existe un aplatissement des papilles et un amincissement de la couche épithéliale, réduite en certains points à deux ou trois cellules superposées. Ces modifications épithéliales apparaissent d'ailleurs de façon précoce ; elles débutent vers le second jour par une élimination des cellules cornées plus intense que normalement, qui aboutit à une véritable exfoliation.

Greffe épidermique de Thiersch. — Au lieu de disséquer la peau dans toute son épaisseur Thiersch enlevait avec un rasoir l'épiderme et une partie seulement du derme sous-jacent. Eversbusch a modifié quelque peu ce procédé en s'efforçant d'enlever les couches les plus superficielles de la peau seulement, de façon à n'avoir sur le rasoir que la première couche de l'épiderme et du réseau de Malpighi ; les papilles cutanées se trouvent ainsi décapitées par le tranchant de la lame. Kuhnt a fait remarquer à ce propos que, outre la difficulté du découpage d'une si fine surface cutanée, il arrive que le lambeau ainsi détaché offre une couleur blanche, un aspect lavé sur les deux faces qui rend difficile la reconnaissance du côté qui correspond à la surface épidermique avivée.

On procède de la manière suivante : on lave la peau avec le sérum physiologique en se gardant de l'emploi de tout antiseptique, même de l'alcool ou de la teinture d'iode qui provoque la rétraction du tégument. Les té-

guments étant bien tendus par l'aide, le chirurgien empoignant solidement de sa main gauche le bras ou la cuisse préparée, de manière à faire saillir convenablement la région anesthésiée il exécute de sa main droite armée du rasoir du Dr Magitot, qui est plat, à lame large et très flexible, une série de mouvements de va-et-vient pour détacher un mince lambeau de longueur et largeur désirées. Bien qu'on prenne toujours la précaution d'humecter la lame du rasoir en le trempant dans du sérum physiologique chaud, pour éviter l'enroulement de la greffe, il sera presque toujours nécessaire de l'étaler sur le couteau avec une pince sans griffe, avant de la faire glisser sur la brèche à combler. Une fois en place on veillera à ce que le greffon recouvre complètement la perte de substance et on s'assurera qu'il n'existe aucun plissement, aucun recroquevillement, ce qui modifierait le résultat final. On applique du tulle gras et un pansement sec.

En ce qui concerne les *greffes combinées* nous décrivons les *greffes adipeuses* très utilisées pendant la guerre pour la restauration des effondrements osseux du pourtour de l'orbite, les *greffes ostéo-périostées* très utiles lorsqu'aux lésions cutanées se surajoutent des pertes de substance osseuse du rebord orbitaire ou de la région périorbitaire, entraînant des dépressions et des enfoncements disgracieux, et nous nous arrêterons un peu plus aux *greffes chondro-dermiques*.

Greffes adipeuses : prises sur le sujet même, au bas de la fesse en choisissant le tissu cellulo-adipeux de

préférence au tissu adipeux pur et on préparera soigneusement le lit du greffon en réséquant bien le tissu cicatriciel. On y joindra une hémostase et une anesthésie aussi parfaite que possible.

Greffes ostéo-périostée appliquée avec un succès complet par Delagénère aux pertes de substance du maxillaire inférieur et par mon maître le P^r Terrien aux pertes de substance osseuse périorbitaire. Après asepsie parfaite et anesthésie régionale une incision est faite à l'endroit de la perte de substance à combler ; on dissèque et on rabat les lèvres de la plaie, on rugine la surface osseuse jusqu'au périoste sain qu'il faut voir et mettre à nu et on fait soigneusement l'hémostase. On prend à la face interne du tibia un lambeau ostéopériostique épais de trois ou quatre millimètres comprenant le périoste et les couches superficielles de l'os, que l'on applique aussitôt sur la perte de substance à recouvrir et on suture soigneusement, à l'aide de fins catguts, les bords du périoste tibial avec les lèvres du périoste limitant la perte de substance périorbitaire, on suture la peau et on applique un pansement modérément compressif.

Grefte chondro-dermique due à König (d'Altona) a été appliquée à la blépharoplastie la première fois par Buedinger (de Vienne) et convient aux pertes de substance intéressant toute l'épaisseur de la paupière. Elle peut être simple ou combinée à une blépharoplastie à pédicule.

Dans le premier cas on emprunte à la face postérieure

de l'hélix, de préférence au reste du pavillon de l'oreille un fragment de cartilage avec son revêtement cutané et on le dispose de telle sorte que la lamelle cartilagineuse reconstituant le tarse se trouve en rapport avec la conjonctive préalablement disséquée et que la partie cutanée vienne combler la perte de substance des téguments palpébraux.

Dans le deuxième cas lorsqu'on surajoute une blépha-roplastie à pédicule celle-ci remplacera la perte de substance cutanée de la paupière et la face profonde du lambeau pédiculé sera au contact avec la lamelle cartilagineuse du lambeau cutané-cartilagineux pris à l'hélix, le revêtement cutané de ce dernier étant au contact du globe oculaire. Si la perte de substance était plus considérable, le fragment cartilagineux serait emprunté au cartilage costal.

Il ne faudra pas oublier que pour toutes les blépha-roplasties et les greffes en particulier, la plus stricte et rigoureuse antisepsie opératoire sera la condition primordiale du succès.

*
* *

Il est indiscutable que dans les cas de destruction de toute l'épaisseur de la paupière, la meilleure réfection qui pourra être réalisée c'est de remplacer les parties détruites par des tissus exactement semblables pris à l'autre paupière, car il ne faut pas considérer les paupières comme des simples lambeaux de peau mais comme de véritables organes doués d'une innervation

et d'une vascularisation extraordinairement riches et d'une vitalité bien supérieure à des lambeaux cutanés de même étendue.

En l'absence du globe oculaire il est assez indifférent que la nouvelle paupière soit ou non doublée de muqueuse ; il suffit que le greffon forme un bourrelet assez saillant pour maintenir la pièce artificielle. Mais si l'œil est intact, il importe au contraire que la face postérieure de la paupière reconstituée soit tapissée par une muqueuse, pour éviter le contact de la cornée avec une surface irrégulière ou épidermique. Dans ce but on a essayé des greffes conjonctivales prises aux animaux, surtout au lapin et des greffes muqueuses, buccale ou vaginale mais avec peu de résultats car elles se résorbaient rapidement. D'autres auteurs, le professeur Terrien, le docteur Morax, remplacent l'épithélium détruit par de l'épiderme, soit en repliant en dedans le bord supérieur du lambeau ayant servi à la greffe cutanée, soit en pratiquant des greffes cutanées ou épidermiques à la face profonde du lambeau cutané. De plus comme il était utile de donner à la paupière une rigidité qui tout en lui maintenant la forme, l'empêche de s'enrouler du côté de l'œil on a imaginé les greffes chondro-épidermiques ci-dessus décrites. Mais la reconstitution des paupières par les paupières même est de beaucoup plus préférable.

Dès 1860, Denonvilliers et ses élèves ouvrent une nouvelle fente palpébrale dans le milieu de la paupière supérieure abaissée devant l'œil et maintenue par une blépharorrhaphie à ce qui restait de la paupière infé-

rieure. Gradenigo en Italie, Landolt, Panas et Kalt en France, employèrent ce procédé.

En 1880 Landolt décrit un nouveau procédé de blépharoplastie au moyen de la paupière opposée.

Il considère les paupières comme formées de deux feuillets : un feuillet externe comprenant la peau et le muscle orbiculaire avec les cils et un feuillet interne comprenant le tissu conjonctif sous-musculaire, le cartilage tarse et la conjonctive. En séparant les deux feuillets par une section dans le plan frontal, on obtient deux surfaces avivées d'une étendue considérable, entre lesquelles on peut fixer un lambeau également avivé de la paupière opposée. On obtient ainsi une réunion très solide puisque les surfaces avivées sont très étendues. Dès que la paupière supérieure reprendra sa souplesse c'est-à-dire trois mois après on pourra rétablir la fente palpébrale à travers elle et recouvrir de conjonctive les surfaces de section.

Ce procédé fort simple, procure le résultat utile que l'on cherchait en assurant la protection de l'œil, mais les bords minces de l'ouverture palpébrale artificielle totalement dénudée de cils et la rangée de cils de la paupière supérieure se trouvant forcément déportée dans la paupière inférieure ne peuvent produire qu'un effet disgracieux. Pour remédier à cela Valude avait déjà proposé en 1892 de réséquer totalement le bord palpébral et les cils.

En 1901 Cirincione décrit un procédé dans lequel il dédouble la paupière supérieure en deux plans. Après suture en bas du plan profond tarsien il rabat un lam-

beau frontal pédiculé qu'il fixe en bas à la brèche cutanée en haut au bord ciliaire de la paupière saine.

En 1911, Köllner (de Berlin) publia un nouveau procédé dans lequel il taille et dissèque à la face profonde de la paupière supérieure un lambeau de tarse, qu'il laisse adhérent à la conjonctive du cul-de-sac supérieur. Ce lambeau suturé en bas, forme le squelette de la paupière inférieure manquante. La peau est remplacée par des greffes de Thiersch et le pédicule conjonctival est sectionné sept à huit jours plus tard.

Notre maître, le docteur Dupuy-Dutemps, a conçu un nouveau procédé, moins fruste, qui, pour chaque cas, modèle plus exactement la réparation d'après la forme et l'étendue de la perte de substance, mais qui est aussi plus délicat et plus lent.

Ce procédé conviendra dans les divers cas de colobome accidentel ou congénital ; mais c'est dans la réparation des exérèses pour épithélioma qu'il trouvera sa plus fréquente application.

**UN NOUVEAU PROCÉDÉ
DE PLASTIQUE PALPÉBRALE
AUTOPLASTIE PALPÉBRO-PALPÉBRALE
INTÉGRALE**

**Réfection d'une paupière détruite
dans toute son épaisseur par greffe cutanée
et tarso-conjonctivale prise à l'autre paupière**

Nous prendrons comme type pour la description de la technique opératoire, la reconstitution de la paupière inférieure, la plus fréquente dans la pratique et pour laquelle ce procédé sera souvent suffisant à lui seul.

L'opération, — après exérèse de la paupière inférieure pour néoplasme ou avivement des bords du colobome s'il s'agit d'une ancienne perte de substance — se fait en deux temps, séparés par un intervalle de quelques semaines.

Technique opératoire

Premier temps.

1° Incision intermarginale du bord de la paupière supérieure suivant la lèvre postérieure, laissant en

avant les cils et la plus grande partie du bord libre, et de longueur correspondante à celle de la brèche à combler.

Par cette incision la dissection est continuée dans l'épaisseur de la paupière, de façon à la dédoubler en deux feuillets :

- un feuillet superficiel, cutané ;
- un feuillet profond, tarso-conjonctival.

Ce dédoublement se fera généralement sur une assez faible hauteur, variable d'ailleurs selon les cas, mais de sorte que les deux plans séparés puissent être mobilisés et glisser l'un sur l'autre.

2° Suture bord à bord par un surjet au catgut n° 000, du feuillet profond, tarso-conjonctival, avec ce qui reste de conjonctive au niveau du cul-de-sac inférieur et le tissu conjonctif voisin.

Par dessus le plan profond continu, ainsi constitué, et qui ferme en avant la cavité conjonctivale, la lame cutanée de la paupière supérieure est abaissée et suturée à la soie, avec la lèvre cutanée de l'excision. Sutures simples ou en U.

Cette suture sur deux plans a l'avantage d'assurer une adhérence plus solide grâce à une plus large surface de contact et de réaliser une coaptation exacte en fixant chacun des plans, indépendamment l'un de l'autre, au niveau même qu'il doit occuper. Ce niveau sera presque toujours plus bas pour la lame cutanée, l'excision de la peau devant, en général, s'étendre plus loin que celle de la conjonctive.

Ainsi se trouve constituée une blépharorrhaphie, par



Fig. 1. — La ligne en trait discontinu où s'insinue le bistouri, marque le tracé de l'incision intermarginale de la paupière supérieure.

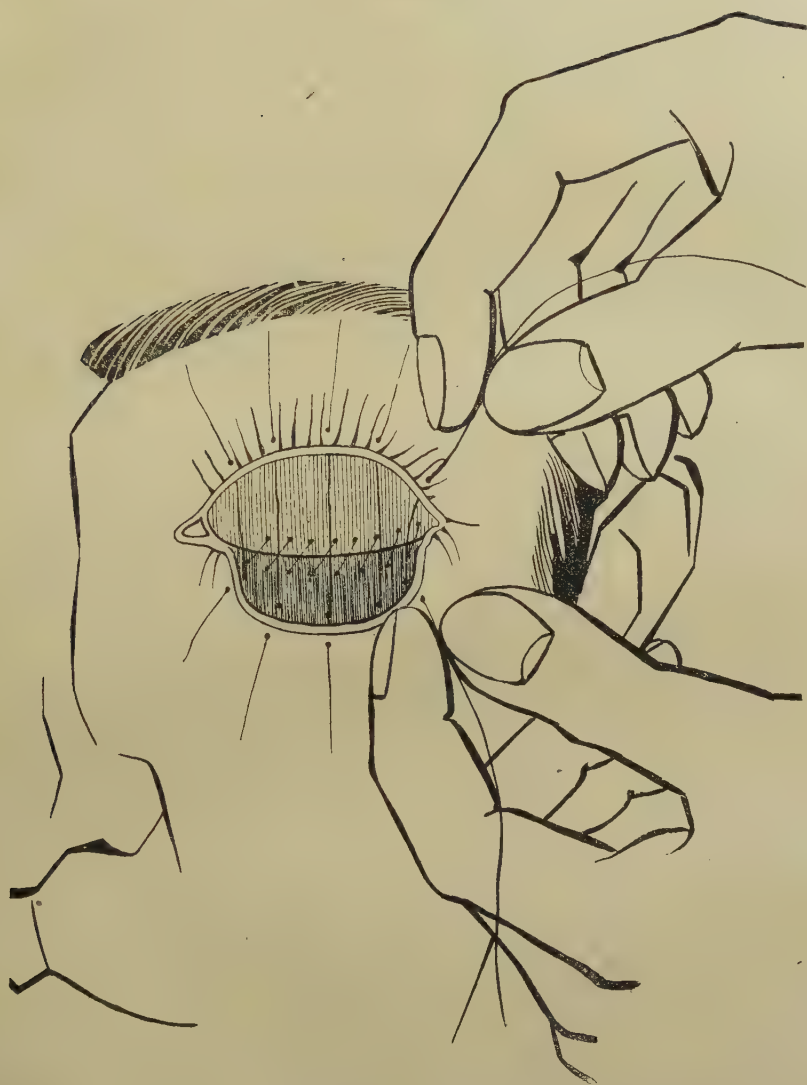


Fig. 2. — Le plan profond, tarso-conjonctival de la paupière est suturé par un surjet au catgut avec le bord conjonctival restant au niveau du cul de sac inférieur. Les fils sont placés pour suturer la lèvre cutanée du bord ciliaire supérieur au bord cutané de la perte de substance.

laquelle la paupière supérieure, facilement attirée en bas en raison de sa longue étendue normale et de sa laxité, comble la brèche laissée par l'excision de la paupière inférieure.

Deuxième temps

C'est la blépharoplastie cutanée que l'on pratique lorsque la consolidation est complète, c'est-à-dire au bout de quelques semaines après l'exécution du premier temps.

1^o Incision, suivant le bord ciliaire, de la paupière supérieure et dissection de bas en haut de la partie cutanée *seule* de cette paupière de façon :

— à la détacher du plan profond continu, *qui ne doit pas être ouvert ni entamé* et

— à replacer ce bord à son niveau normal.

2^o La surface cruentée est comblée par un lambeau cutané pédiculé qui selon les cas sera : —

— soit un pédicule interne ;

— soit un pédicule externe

— soit un pont à deux pédicules.

Que l'on prendra dans la partie haute de la paupière supérieure.

3^o Suture d'un des bords de ce lambeau pédiculé à la brèche cutanée de la paupière inférieure et de l'autre bord, au bord ciliaire de la paupière saine.

Suture de la plaie d'emprunt.

Cette réunion de la plaie d'emprunt contribue à attirer et à fixer en haut le bord ciliaire à sa place normale.

Au bout d'un mois on procède à la libération de la blépharorrhaphie par :

— incision du plan cutané et tarso-conjonctival le long du bord ciliaire de la paupière supérieure en le suivant très exactement, les cils restant fixés à celle-ci ;

— section, régularisation et remplacement des pédicules, s'il y a lieu, ou s'il n'y a pas été procédé auparavant.

La nouvelle paupière est ainsi formée :

1° Par le fragment tarso-conjonctival provenant de la partie inférieure de la paupière supérieure ;

2° Par la peau prise dans le haut de cette paupière.



Fig. 3. — La suture sur deux plans est faite. La paupière supérieure ainsi abaissée et fixée, comble la perte de la substance,

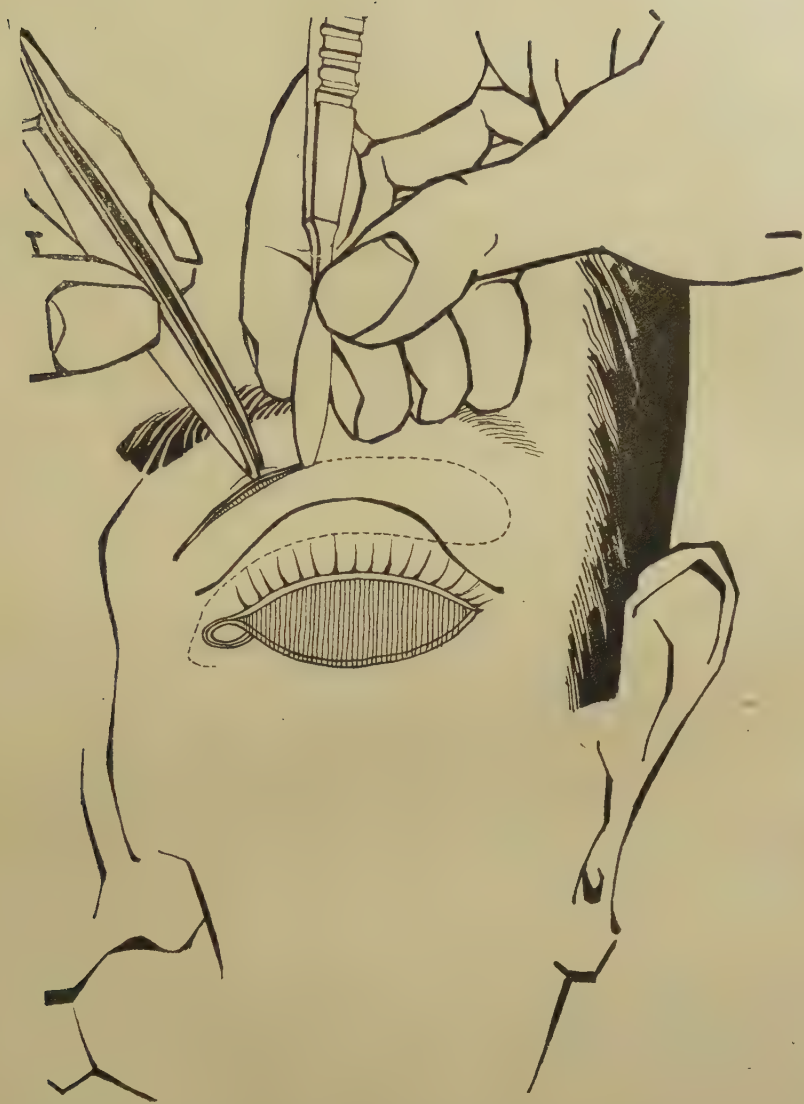


Fig. 1. — Le bord ciliaire cutané ayant été séparé par une incision qui le suit exactement, la peau de la paupière supérieure a été disséquée de bas en haut à partir de cette incision et séparée ainsi du plan profond, tarso-conjonctival qui doit rester intact. Le bord ciliaire est de la sorte replacé à son niveau normal. En pointillé, où s'enfonce le bistouri, le tracé du lambeau cutané à pédicule, taillé dans la partie haute de la paupière pour combler la brèche qui vient d'être ouverte et qui correspond exactement par sa position et son étendue au tégument palpébral détruit.

MODIFICATIONS DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE SELON LES CAS

Le même procédé, simplement inversé, est applicable à la réfection de la paupière supérieure. Mais il n'est alors suffisant à lui seul que pour une destruction partielle, la paupière inférieure étant évidemment beaucoup trop courte pour fournir l'étoffe nécessaire à une restauration totale ou de grande étendue.

Selon le siège et l'étendue du délabrement il faudra aussi modifier dans quelques détails la technique que nous avons décrite.

Si la paupière inférieure est complètement détruite, le lambeau intéressé sera taillé de préférence en pont avec deux pédicules ; de même s'il s'agit de combler un colobome occupant sa partie moyenne. Si la lésion intéresse la partie interne, le pédicule unique sera placé en dedans, comme dans le cas choisi comme type de description ; il sera du côté temporal si la lésion siège à la partie externe.

Lorsque la résection s'étend à la partie voisine de la joue, la peau de la paupière supérieure ne peut suffire à la réparation. On combinera alors à la blépharoplastie proprement dite une greffe, laquelle pourra être selon

la volonté de l'opérateur : pédiculée, prise au voisinage, ou libre, prise le plus souvent au bras, et qui comblera la perte de substance jugale. Nous disons à dessein selon la volonté de l'opérateur car si les avantages du lambeau pédiculé, qui résident dans sa grande vitalité et son peu de rétraction semblent relire aujourd'hui, à juste raison d'ailleurs, tous les suffrages, chaque fois que pour diverses raisons on aura à utiliser la greffe libre, celle-ci permettra malgré sa rétraction ultérieure, assez marquée toujours, une plastie d'une grande simplicité, dont les résultats éloignés tant fonctionnels qu'esthétiques sont des plus encourageants. Quant à la rétraction ultérieure de la greffe, il est possible d'y obvier au moment de l'opération sachant qu'elle sera environ des deux tiers de la surface totale.

Chez plusieurs malades atteints d'épithélioma, la résection comprenait la plus grande partie de la paupière inférieure et de la région voisine de la joue.

La surface cruentée, peu étendue, restant à découvert après la blépharorrhaphie, fut comblée par une greffe de peau libre prise du bras avec des résultats particulièrement remarquables (voir nos VI^e, XI^e et XII^e observations, et les fig. n^o 2 des III^e, VI^e et VII^e planches).

On pourra très bien combler ainsi à la paupière supérieure un colobome même assez large. L'intérêt esthétique suffirait pour justifier une opération aussi inoffensive. Mais parfois c'est pour sauvegarder le globe oculaire qu'on devra y recourir (Consulter notre deuxième observation).

Il nous reste à ajouter qu'il sera possible aussi avec



Fig. 5. — Le lambeau pédiculé est mis en place, suturé aux bords de la brèche. Sa face profonde est étalée sur le plan tarso-conjonctival resté abaissé et intact, avec lequel elle va se coapter.

La suture de la plaie d'emprunt contribue à relever et à maintenir à sa hauteur normale, le bord ciliaire cutané de la paupière supérieure.

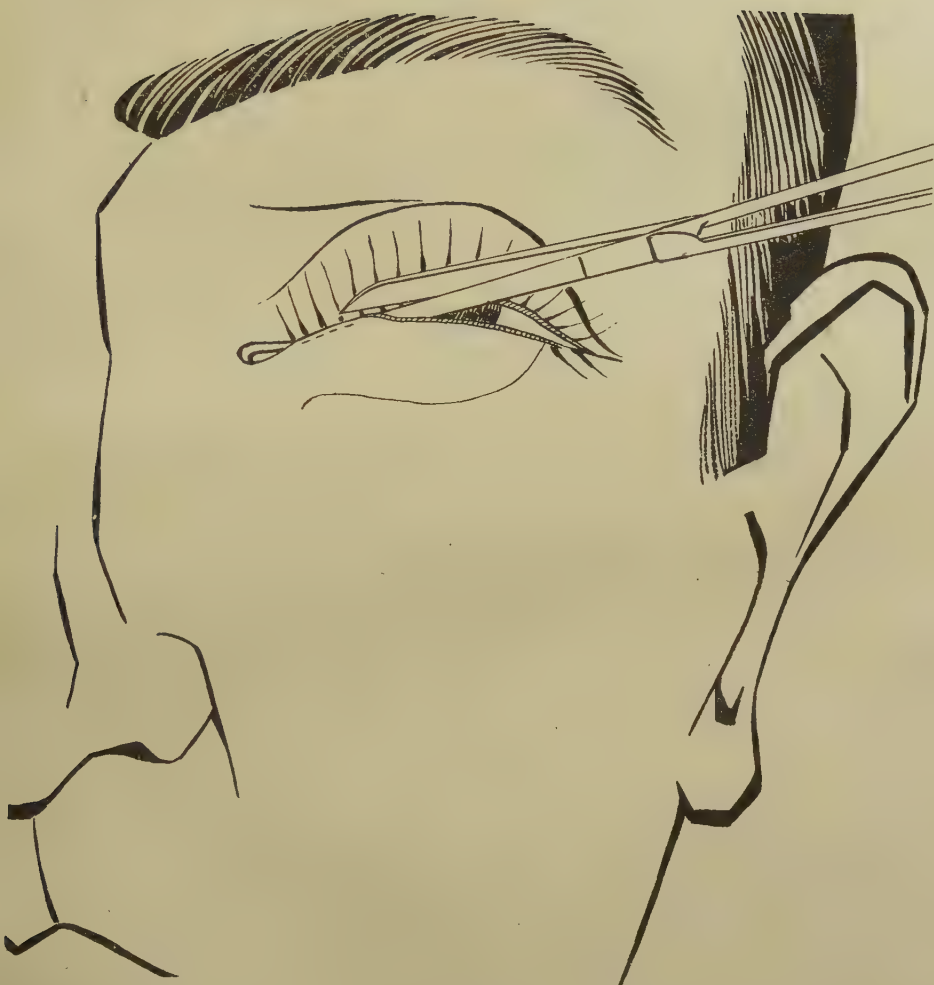


Fig. 6. — Ouverture de la fente palpébrale en suivant le bord ciliaire.

la paupière inférieure seule de reconstituer toute la partie marginale de la supérieure, celle qui a d'ailleurs le plus d'importance pour la protection de l'œil et sur laquelle un revêtement conjonctival est plus particulièrement nécessaire en raison de son contact permanent avec la cornée. Mais si la destruction est plus étendue, on sera amené, pour donner à la paupière une hauteur convenable, à ajouter à l'autoplastie palpébro-palpébrale marginale une autoplastie complémentaire par lambeau pédiculé ou libre, de la même façon que pour la destruction de la paupière inférieure s'étendant à la joue.

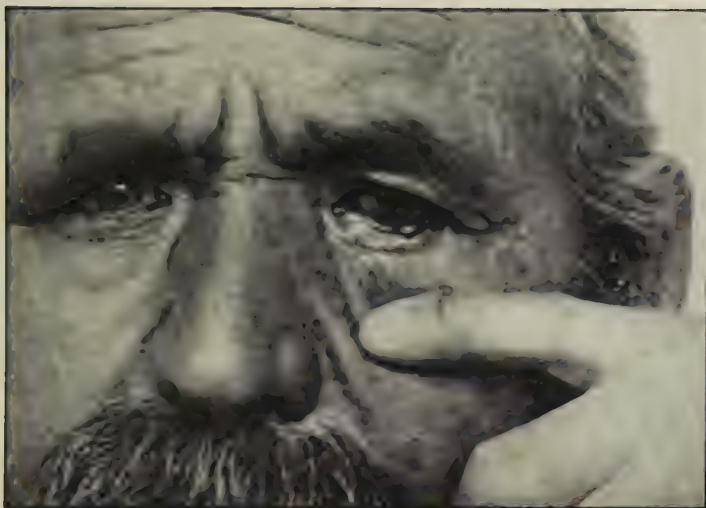


FIG. 4



FIG. 2

OBSERVATIONS

Obs. I (n° 13069 H.) — *Epithelioma cutané et tarso-conjonctival de la paupière inférieure.*

M. For..., âgé de 70 ans, se présente le 5 août 1925, à la consultation de la fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Il est atteint d'un large épithélioma ulcéré de la paupière inférieure droite, occupant en largeur les trois quarts internes de cette paupière et dans le sens vertical, toute la hauteur de celle-ci et s'étendant même au-delà, sur la joue, dans sa partie interne. La partie correspondante du bord ciliaire est détruite et la tumeur s'étend à la face muqueuse de la paupière, jusqu'au cul-de-sac conjonctival inférieur et à la région de la caroncule.

On décide d'intervenir chirurgicalement, en pratiquant une large exérèse, comprenant la paupière inférieure dans toute son épaisseur ; on ne laissera subsister que la commissure externe et la région palpébrale inférieure, immédiatement adjacente.

Cette exérèse quasi-totale devra être comblée au moyen d'une blépharoplastie.

Pour celle-ci on utilisera :

1° Une partie du tarse et de la conjonctive de la paupière supérieure qui formera le feuillet profond de la nouvelle paupière inférieure ;

2° Un lambeau cutané pédiculé, pris dans la région médio-frontale et devant combler la large perte de substance cutanée ;

3° Ultérieurement, un lambeau cutané en pont, c'est-à-dire à deux pédicules, pris à la paupière supérieure, sera inséré dans la brèche cutanée, créée, en disséquant et en relevant le bord ciliaire de la paupière supérieure et viendra s'ajouter au lambeau cutané, déjà en place, pour compléter la hauteur de la paupière inférieure.

Le 11 août 1925 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

Anesthésie locale à la novocaïne.

On excise d'abord largement, dépassant même leurs limites, les parties malades, comprenant dans l'excision la paupière inférieure, dans toute son épaisseur. La conjonctive est excisée jusqu'au fond du cul-de-sac et la peau, dans toute la partie interne jusqu'au delà du rebord orbitaire ; la commissure interne et la caroncule sont également sacrifiées ; la commissure externe et la partie immédiate voisine sont respectées.

On incise, dans le plan frontal, la paupière supérieure et la marge postérieure de son bord ciliaire est avisée et fixée au bord de ce qui reste de la conjonctive inférieure par des fils en U, qui sont noués à la face cutanée de la paupière supérieure.

Enfin un lambeau pédiculé, pris verticalement sur la face externe du nez et à la partie médiane du front, est,

par pivotement, rabattu, venant combler la large perte de substance cutanée.

Des sutures sont pratiquées avec des fils de soie :

— d'une part, en bas, du bord inférieur du lambeau ainsi rabattu avec la lèvre de l'excision cutanée;

— d'autre part, en haut du bord supérieur du lambeau, avec la marge antérieure (cutanée) du bord ciliaire de la paupière supérieure.

Le 17 août 1925. Les fils sont enlevés. Une bonne occlusion palpébrale a été obtenue ; la greffe a pris en totalité.

Le 5 octobre 1925, le pédicule du lambeau cutané est excisé, au niveau de la racine du nez.

Le 16 octobre 1925 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° La partie cutanée seule du bord ciliaire de la paupière supérieure est libérée.

On laisse en place et intact le plan profond tarso-conjonctival, tout en relevant le bord ciliaire. Une surface elliptique, tarso-conjonctivale, cruentée, apparaît.

2° Cette surface est recouverte par un lambeau cutané à deux pédicules, en pont, pris à la paupière supérieure. Les bords sont suturés : d'une part, en bas, au bord supérieur de la greffe, pratiquée précédemment, d'autre part, en haut au bord ciliaire de la paupière supérieure.

3° Suture de la plaie d'emprunt.

Le 27 octobre 1925 : Ouverture de la fente palpébrale ; section aux ciseaux de la blépharorrhaphie cutanée et section du diaphragme tarso conjonctival, au niveau du bord ciliaire.

La paupière inférieure est donc reconstituée :

1° Par un lambeau tarso-conjonctival, provenant de la paupière supérieure.

2° Par un lambeau cutané frontal, exhaussé par la greffe cutanée palpébrale.

Le 7 avril 1926 : Le malade est revu à cette date, c'est-à-dire huit mois après la première intervention. On ne constate aucune apparence de récurrence.

La paupière inférieure, de hauteur normale, à peau un peu épaisse, est bien doublée de conjonctive, sans tendance à l'entropion et ne provoque pas d'irritation oculaire.

La paupière supérieure a subi un raccourcissement très peu apparent, ne gênant pas l'occlusion palpébrale.

Son bord ciliaire est aminci, par suite de la disparition de la partie marginale du tarse ; les cils sont conservés ; il n'existe pas d'entropion, en raison de ce fait que les ablations tarso-conjonctivale et cutanée se sont compensées.

Obs. II (n° 16.358 H.). — M. Col... âgé de 76 ans, vient consulter le 21 septembre 1925 à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Il a perdu l'œil droit dans l'enfance. A l'œil gauche est constatée une cataracte complète avec bonne projection lumineuse.

Il existe en outre un large colobome traumatique de la paupière supérieure, consécutif à une chute dans un escalier, deux ans auparavant. Ce colobome occupe tout

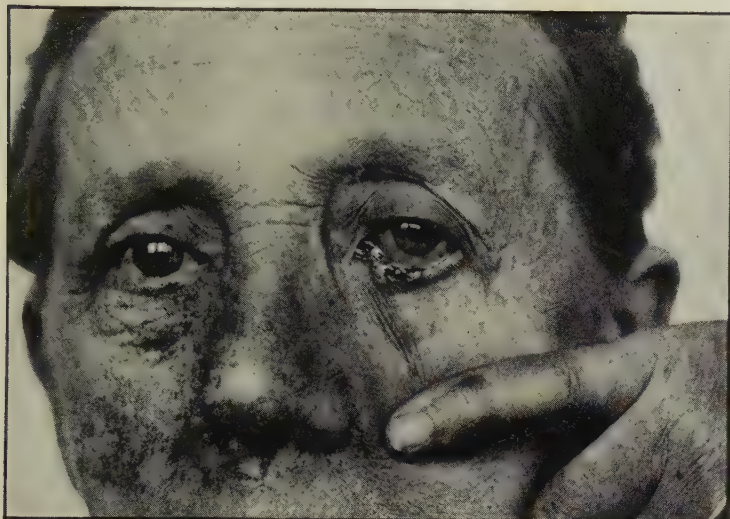


FIG. 1

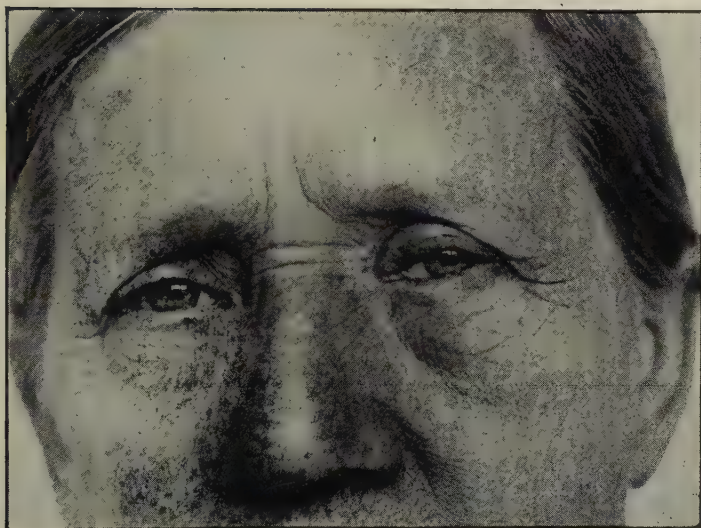


FIG. 2

le tiers interne ; il ne s'agit pas d'une section simple, mais d'une destruction de la paupière dans toute son épaisseur et principalement du tarse et du tissu fibreux, qui lui fait suite en haut. De plus, la paupière est fixée par ses plans profonds cicatriciels au bord de l'orbite. Les paupières fermées, l'œil reste à découvert dans l'aire du colobome. Il n'existe pas de signes d'irritation oculaire, mais, pour pratiquer l'opération de la cataracte et obtenir des résultats satisfaisants, n'oubliant pas que l'autre œil est perdu, il est nécessaire d'assurer l'occlusion complète des paupières par la réfection de la paupière supérieure.

Le 13 octobre 1925 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE. Blépharorrhaphie.

Suture, après avivement, du bord ciliaire de la paupière inférieure au bord du colobome, en dedans, et au bord ciliaire de la paupière supérieure en dehors.

Le 30 octobre 1925 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

Incision n'intéressant que le plan cutané, le long de la ligne d'union des deux paupières.

Le bord ciliaire de la paupière inférieure et le plan cutané sont disséqués et abaissés ; la réunion des plans profonds est laissée intacte. Sur la surface cruentée elliptique, ainsi mise à nu, on greffe un lambeau cutané, à deux pédicules, pris à la paupière inférieure, suturé en haut et en bas. Suture de la plaie d'emprunt.

Le 10 novembre 1928 : Section du plan cutané et du plan tarso-conjonctival, au niveau du bord ciliaire de la paupière inférieure.

Ainsi le colobome est comblé d'une façon parfaite ;

1° Par une partie tarso-conjonctivale de la paupière inférieure ;

2° Par le lambeau cutané.

L'occlusion de l'œil est satisfaisante. La paupière inférieure est amincie, par suite de la disparition du tarse, dans sa partie interne ; ces cils sont conservés.

La cataracte a été opérée ultérieurement avec résultats très appréciables.

Obs. III (n° 23.318 H.). — Madame Rat... âgée de 69 ans, se présente le 7 janvier 1926 à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Elle est atteinte d'un épithélioma cutané et tarso-conjonctival de la paupière inférieure gauche. Le néoplasme occupe toute la moitié interne de la paupière ; il a détruit le bord ciliaire et envahi le tarse dans toute sa hauteur, sans atteindre apparemment le fond du cul-de-sac conjonctival. Le point lacrymal est englobé dans un tissu néoplasique, non encore altéré. Du côté de la peau, la tumeur s'étend plus loin vers le bas, atteignant la limite inférieure de la paupière. (Voir planche I. fig 1).

Le 8 janvier 1926 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Excision entre deux pinces de Kocher, de l'épithélioma, dépassant largement ses limites, allant même jusqu'au cul-de-sac inférieur ; le point lacrymal est compris dans l'excision ;

2° Incision intermarginale du bord ciliaire de la paupière supérieure. La lèvre postérieure de cette incision est réunie par un surjet au catgut à ce qui reste de la conjonctive palpébrale inférieure, au niveau du cul-de-sac.

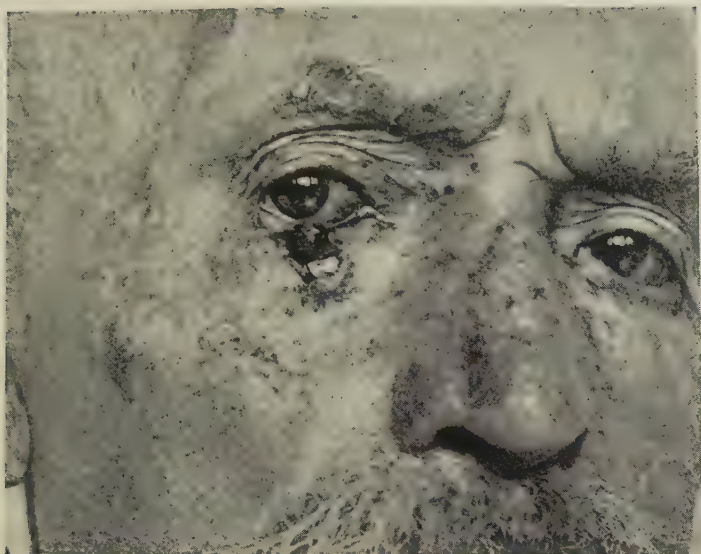


FIG. 1



FIG. 2

Ainsi se trouve constitué le plan profond continu, muco-muqueux. La lèvre antérieure est suturée par des fils de soie, au bord cutané de l'excision.

Le 29 janvier 1924 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. Blé-pharoplastie cutanée.

1° On incise, le long du bord ciliaire de la paupière supérieure le plan cutané, laissant intact le plan profond, tarso-conjonctival. On dissèque le plan cutané de la paupière supérieure, de façon à relever son bord ciliaire, mettant à nu le plan tarso-conjonctival ;

2° On prélève dans la partie haute de la paupière supérieure un lambeau cutané à pédicule interne que, par pivotement, on insère dans l'aire créée par le relèvement du bord ciliaire et dont on suture les bords supérieur et inférieur.

La plaie d'emprunt est suturée.

N. B. — Cette inclusion du lambeau cutané pédiculé aurait pu être pratiquée, dès la première intervention, aussitôt après la suture du catgut des plans profonds. Mais il a paru plus prudent, pour éviter l'infection et l'infiltration de larmes et de sécrétions, au travers de cette suture, complications qui auraient pu entraver la greffe cutanée, d'attendre que la coaptation tarso-conjonctivale soit complète.

De plus, notons que l'on peut mieux apprécier, après la cicatrisation, le relèvement que l'on peut obtenir, la situation du lambeau cutané et les dimensions à lui donner.

Le 16 février 1926, section le long du bord ciliaire supérieur, du plan cutané et du plan tarso-conjonctival.

La brèche palpébrale est ainsi comblée ; d'une part, par la peau du lambeau transporté, d'autre part, par un plan profond (tarse et conjonctive) provenant de la paupière supérieure.

Le 26 février 1926 : Le pédicule, resté trop saillant et recouvrant la commissure interne est régularisé, sectionné et inséré dans le tégument voisin.

Le 19 mars 1926 : Le résultat final est apprécié. La plaie d'emprunt de la paupière supérieure est invisible. A la paupière inférieure, le bord palpébral décrit sa courbe normale et n'est pas dévié. Le fragment cutané greffé mesure un demi-centimètre de hauteur. On voit nettement en parfaite-continuité avec le reste de la face postérieure la portion tarso-conjonctivale greffée. Le cul-de-sac conjonctival inférieur est bien libre, sans symblépharon. La paupière supérieure n'est que très légèrement raccourcie dans sa partie interne et ne présente aucune dénivellation de son bord ciliaire, qui est seulement aminci dans sa partie interne, mais n'est pas dévié (voir planche I, fig. 2).

Le 7 avril 1926 : La malade est revue. Le résultat est toujours satisfaisant, aucune apparence de récurrence n'est constatée ; aucune gêne oculaire, aucune irritation.

Le 10 décembre 1928 : Nous avons convoqué la malade qui est très satisfaite du résultat obtenu et qui est parfait. La peau a pris exactement la même teinte que les téguments environnants et on ne constate aucune récurrence.

La paupière a tout à fait l'aspect d'une paupière normale.

Obs. IV (n° 74.410 H.). — M. Lan..., âgé de 61 ans, se présente le 11 décembre 1925, à la consultation de la fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Il a été traité, sans résultat, depuis 4 ans par les rayons X pour épithélioma baso-cellulaire de la paupière inférieure gauche.

Le néoplasme occupe plus de la moitié interne de la paupière et s'étend en bas, sur la conjonctive, jusqu'au cul-de-sac (voir planche II, fig. 1).

Le 5 janvier 1926 : Extirpation du sac lacrymal pour dacryocystite chronique.

Le 24 janvier 1926 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Excision large de la tumeur, comprenant la moitié interne de la paupière dans toute son épaisseur.

2° Après incision intermarginale du bord ciliaire supérieur, réunion, par un surjet de catgut, de la lèvre postérieure à la conjonctive du cul-de-sac inférieur et suture à la soie des lèvres cutanées, au-dessus du plan profond.

Le 23 février 1926 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE. Blépharoplastie cutanée.

1° A partir du bord ciliaire, dissection du feuillet cutané de la paupière supérieure, relevant ce bord et découvrant le tarse.

2° Insertion dans la surface cruentée ainsi formée d'un lambeau à pédicule interne, pris dans la peau de la paupière supérieure.

Le 23 mars 1926 : Ouverture de la fente palpébrale, par incision suivant le bord ciliaire supérieur, laissant inclus dans la paupière inférieure une partie du tarse de

la paupière supérieure et la peau du lambeau cutané.

Le 15 avril 1926 : Bon résultat. La paupière inférieure est bien doublée de muqueuse. Il n'existe pas d'entropion (voir planche II, fig. 2).

Le 21 décembre 1928 : Le malade nous répond de Seine-et-Marne qu'il lui est impossible de se rendre à notre convocation car il vient d'être opéré de la vessie mais nous dit qu'il ne souffre pas du tout de son œil opéré.

Obs. V. (n° 42.107) : — Mme Mil..., âgée de 69 ans, se présente le 20 septembre 1926 à la consultation de la fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Elle est atteinte d'un entropion de la paupière inférieure de l'œil droit et d'un épithélioma occupant la hauteur de la paupière inférieure de l'œil gauche, ayant détruit en partie le bord ciliaire, le tarse et le canalicule. Elle va de l'angle interne à la ligne médiane de la paupière. La partie interne de la tumeur, cutanée, présente une teinte ardoisée due soit à du pigment, soit à une ecchymose hémorragique.

Le 19 octobre 1926 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Entre deux pincés de Kocher excision de la tumeur comprenant toute la partie correspondante du tarse et toute la conjonctive tarsienne et s'étendant en dedans jusqu'à la commissure.

L'exérèse descend beaucoup plus bas pour la peau, la tumeur s'étendant plus bas à la partie cutanée.

2° L'incision intermarginale ayant été faite d'abord à la paupière supérieure, comme premier temps, on suture :



FIG. 1

Schéma montrant la lésion initiale qui occupe le 1/3 interne de la paupière inférieure ayant englobé le point lacrymal inférieur et envahi le bord ciliaire.

En trait discontinu le tracé de l'incision intermarginale de la moitié interne de la paupière supérieure passant en arrière et en dedans du point lacrymal supérieur qui est respecté.

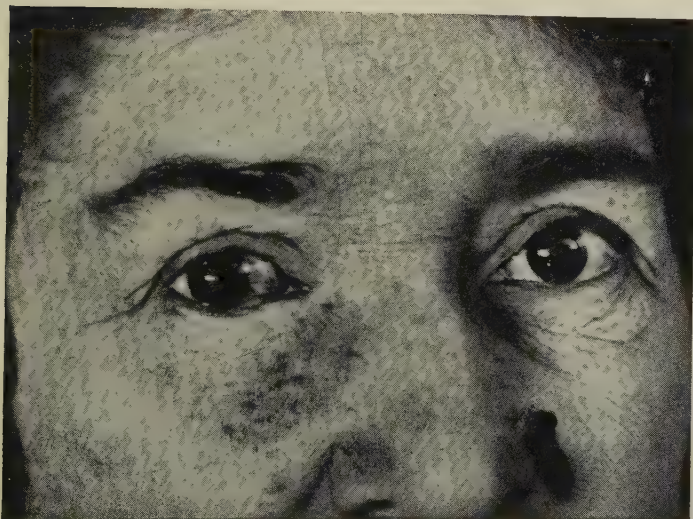


FIG. 2

a) par surjet au catgut la lèvre postérieure tarso-conjonctivale de la paupière supérieure, à la lèvre conjonctivale du cul de-sac inférieur ;

b) suture par points séparés de la lèvre ciliaire de la paupière supérieure, à la lèvre cutanée de la plaie de résection tumorale.

Il y a une bonne coaptation, mais la paupière supérieure est très tirée en raison de la large perte de substance cutanée à combler.

7 décembre 1926 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Le bord ciliaire de la paupière supérieure est disséqué et relevé, mettant à nu en la laissant en place la partie tarso-conjonctivale.

2° Dans la surface cruentée ainsi dénudée on insère un lambeau cutané à pédicule interne pris à la paupière supérieure et on le fixe par des sutures.

13 décembre 1926 : Fils enlevés. Très bonne prise du lambeau.

28 décembre 1926 : Libération de la tarsorrhaphie.

14 janvier 1927 : Très bon résultat très démonstratif. On voit nettement et la partie greffée de peau et la partie tarso-conjonctivale rapportée de la paupière supérieure en bonne place, remplaçant très bien la partie conjonctivale excisée.

Toutefois à l'union sur le bord marginal entre la greffe et le bord ciliaire normal, existe une encoche. En outre le pédicule débordé en haut près de la caroncule. Les cils sont tombés dans le tiers interne de la paupière supérieure par suite à la tarsorrhaphie.

Le 25 janvier 1927 : Opération. 1° Excision légère

du pédicule qui surplombe un peu la commissure ;

2° Attouchement au galvanocautère de l'encoche du bord palpébral à la jonction de la greffe et du bord ciliaire normal.

Le 11 février 1927 : Photo faite ce jour à l'état définitif. On voit bien le lambeau greffé. Le pédicule surplombe un peu la caroncule mais très légèrement et il n'y a plus à toucher.

L'encoche du bord ciliaire a disparu à la suite de l'attouchement de ses bords par le galvano.

Le 2 mars 1927 : Bon redressement de la paupière inférieure de l'œil droit.

Très bon état de l'œil gauche. Les cils repoussent sur la partie interne du bord ciliaire supérieur.

Le 27 avril 1927 : Très bon résultat esthétique et fonctionnel. Le bord palpébral est maintenant bien régulier et rectiligne. Pas d'incurvation de la face cutanée de l'œil, la partie tarso-conjonctivale est parfaite et remplit bien son rôle. (Voir pl. IX).

Obs. VI (n° 9679). — *Épithélioma ulcéreux de la paupière inférieure.*

M. Fau..., âgé de 76 ans, se présente le 23 juillet 1927 à la consultation du service d'ophtalmologie de l'hôpital St-Louis porteur d'un épithélioma de la paupière inférieure de l'œil droit. (Voir Planche III, fig. 1).

La lésion avait débuté il y a cinq ou six mois et présente actuellement les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Elle est située au milieu du bord palpébral et

présente une ulcération avec envahissement du tarse. A la périphérie de l'ulcération et sur le nez, la joue, le front, il présente en outre des lésions de « crasse de vieillard ».

Description de la lésion : L'épithélioma profondément ulcéré occupe la partie moyenne de la paupière inférieure ; de forme ovale à grand axe vertical, il s'étend du bord palpébral où le tarse et la conjonctive sont envahis, à toute la hauteur de la paupière, s'avancant au-delà pour empiéter largement sur la partie supérieure de la joue. Le tarse à son niveau est surtout près du bord libre ; la tumeur lui adhère, n'étant pas mobile sur lui comme l'est normalement la peau. En outre il existe à la périphérie une infiltration cutanée qui dépasse notablement dans le sens latéral, les limites de l'ulcération.

Il y a donc lieu de pratiquer l'excision du tarse dans toute sa hauteur, dans la partie où il répond à la tumeur cutanée, et d'exciser largement la peau autour de l'ulcération. Il en découlera une perte de substance très importante, qui comprendra les trois cinquièmes moyens de la paupière inférieure dans toute son épaisseur.

Le 27 juillet 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1^o Excision large de la lésion comprenant aussi le tarse et la conjonctive, entre deux pinces de Kocher.

La résection cutanée intéresse la partie supérieure de la joue, elle descend donc beaucoup plus que la résection tarso-conjonctivale qui s'arrête au cul-de-sac.

La peau de la paupière supérieure ne pouvant être

suffisante pour refaire la perte de substance de la joue, celle-ci sera comblée dès maintenant par une greffe transportable prise au bras. Plus tard la peau de la partie supérieure de la paupière inférieure sera formée par un lambeau cutané palpébral pris à la paupière supérieure ;

2° Incision intermarginale de la paupière supérieure, faite sur la lèvre postérieure pour laisser le bord libre à peu près intact, et assez profonde, pour bonne mobilisation ;

3° Suture du plan postérieur de la paupière supérieure, aux bords de la perte de substance conjonctivale de la paupière inférieure, par un surjet au catgut ;

4° Suture du bord cutané supérieur :

a) Aux deux extrémités du bord resté intact de la paupière inférieure (bords avivés par une incision intermarginale) ;

b) Des deux côtés, à la partie supérieure, symétriquement à la substance cutanée sont posés des fils en U, de façon à maintenir par là, abaissé le plus possible, le feuillet cutané supérieur ;

5° La surface cruentée laissée à découvert est déjà très réduite par l'abaissement ainsi exécuté du bord palpébral supérieur, est comblée par un lambeau cutané transporté pris au bras et suturé au contour cutané de la brèche en bas, et au bord palpébral apaisé, en haut.

Le 3 août 1927 : Les fils sont enlevés. Il y a une bonne prise de la tarsorrhaphie et de la greffe en entier.

Le 4 août 1927 : Les fils de la plaie d'emprunt du



FIG. 1



FIG. 2

bras gauche sont enlevés. Il existe un assez gros hémato-
tome qui est évacué.

Le 22 octobre 1927 : Très bonne tarsorrhaphie. La greffe de peau surajoutée est bien maintenue mais réduite. Il n'y a pas de tiraillements. Le bord palpébral supérieur descend bas, dans la partie moyenne surtout, ce qui correspond à l'endroit où a été pratiquée la large exérèse.

Il faudra faire une greffe de peau de la paupière supérieure, à deux pédicules. Les deux commissures sont libres.

Le 24 octobre 1927 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Libération du bord ciliaire supérieur et relèvement après dissection ;

2° Insertion dans la surface cruentée d'un lambeau cutané en pont à deux pédicules (libres) pris à la peau de la paupière supérieure.

Le 29 octobre 1927 : Les fils sont enlevés et on exécute la réunion du plan des pédicules sectionnés. Le greffon a bien pris.

Le 2 novembre 1927 : Tout est bien en place et la cicatrisation se poursuit normale et sans incidents. Le malade reviendra dans un mois pour libération de la tarsorrhaphie.

Le 30 novembre 1927 : Très bon état. Libération de la tarsorrhaphie.

Le 4 décembre 1927 : Bonne greffe cutanée avec cependant une encoche aux deux extrémités du lambeau aux points de raccordement avec le reste de la paupière.

La paupière supérieure ne présente ni déviation ni raccourcissement apparent.

La greffe transportée en bas de la paupière inférieure est, quoique légèrement blanchâtre, très peu visible.

Le 8 décembre 1927 : Le malade rentre chez lui dans le Cher.

Le 19 décembre 1928 : Le malade nous répond du Cher où il habite actuellement que son œil va tout à fait bien et qu'il n'a jamais ressenti aucune gêne ou douleur depuis qu'il a été opéré. Il n'a jamais eu besoin de soins spéciaux depuis. Le malade est très content et reconnaissant du résultat de son opération.

Voir la photographie faite le 5 décembre 1927 (Planche III, fig. 2) quelques jours après la libération de la tarsorrhaphie.

Obs. VII (n° 10.288). — *Epithelioma de la paupière inférieure.*

M. Stoes..., âgé de 51 ans, se présente le 11 octobre 1927 à la consultation du service d'ophtalmologie de l'hôpital St-Louis, porteur d'un épithélioma de la paupière inférieure de l'œil gauche.

La tumeur a débuté il y a un an environ et a nettement augmenté depuis 15 jours.

La lésion siège en un gros nodule situé dans la partie externe de la paupière inférieure. L'ulcération conjonctivale a atteint la commissure externe empiétant sur la paupière supérieure. En dedans la paupière a perdu ses cils ; elle est néanmoins fortement appliquée sur le

globe, fait obtenu sans doute par un processus cicatriciel sclérosant.

Le 21 octobre 1927 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Excision de la paupière, déformée en entier jusqu'au point lacrymal en dedans. En dehors l'excision s'étend au cul-de-sac externe et à la partie voisine de la paupière supérieure.

2° Dédoublement de la paupière supérieure a été fait avant l'excision.

3° Suture en un plan tarsô-conjonctival du feuillet profond de la paupière supérieure au bord de ce qui reste de conjonctive en bas.

4° Suture du feuillet cutané à la lèvre de l'excision de la paupière inférieure.

Le 27 octobre 1927 : Les fils de la moitié interne ont coupé. Il y a une diminution de la suture du plan cutané dans la partie interne de la commissure. Cela vient du fait d'une infection très atténuée due à l'état septique du sac conjonctival.

Le 30 octobre 1927 : Le plan profond dans la moitié interne est également désuni.

Le 15 janvier 1928 : Bon état, la cicatrice est souple.

15 février 1928 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Incision le long du bord ciliaire de la paupière supérieure et séparation en deux plans après relèvement et dissection ;

2° Insertion dans la surface cruentée d'un lambeau à pédicule externe pris à la paupière supérieure.

Le 22 février 1928 : On constate une bonne prise du

lambeau et un léger état suintant de la conjonctive un peu septique.

Le 6 juin 1928 : Libération de la tarsorrhaphie, le malade va bien.

Obs. VIII (n° 74.837). — *Epithelioma de la paupière inférieure.*

Mme Gau... âgée de 58 ans, se présente le 5 janvier 1928 à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

La malade présente un épithélioma de la paupière inférieure de l'œil droit de même qu'une conjonctivite qui a été soignée à l'argyrol. La lésion épithéliomateuse occupe la peau, s'étend sur le tiers interne de la paupière inférieure, ayant envahi le bord ciliaire et une petite partie de la conjonctive. Les cils sont tombés au niveau de la tumeur qui a totalement englobé et détruit le point lacrymal inférieur. Il n'y a pas d'ulcération. La malade ne peut donner aucune indication même approximative sur la date du début de la lésion (voir pl. IV, fig. 1).

Le 10 janvier 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Résection large de la tumeur comprenant la peau, le tarse et la conjonctive ;

2° Dédoublement de la moitié interne de la paupière supérieure. L'incision qui engendre ce dédoublement passe en arrière et en dedans du point lacrymal supérieur qui est respecté ;

3° Suture du plan profond tarso-conjonctival par un surjet au catgut n° 000 réunissant ainsi la lèvre posté-



FIG. 1

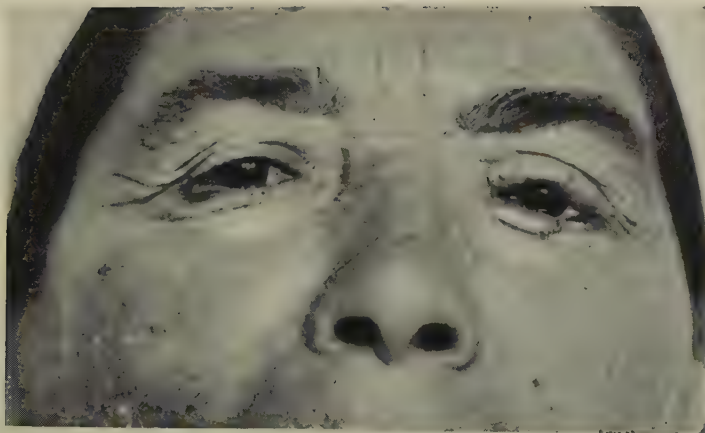


FIG. 2

rieure de la paupière supérieure à la conjonctive restante du cul-de-sac inférieur ;

La caroncule ayant été respectée parce qu'elle n'a pas été atteinte par la lésion épithéliomateuse, il reste une partie cruentée non recouverte.

4° Suture du feuillet superficiel cutané de la paupière supérieure avec le bord cutané de l'excision.

Le 17 janvier 1928 : L'examen de laboratoire pratiqué montre que c'est un épithélioma baso-cellulaire.

Le 18 janvier 1928 : Les fils sont enlevés.

Le 14 février 1928 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Libération du bord ciliaire supérieur et de la peau de la paupière supérieure en respectant le plan profond tarso-conjonctival.

2° Insertion dans la surface cruentée d'un lambeau cutané à pédicule interne pris à la partie haute de la paupière supérieure. Des sutures sont pratiquées avec des fils de soie : d'une part, en bas, du bord inférieur du lambeau ainsi rabattu avec la lèvre de l'excision cutanée ; d'autre part, en haut, du bord supérieur du lambeau, avec la marge antérieure ou cutanée du bord ciliaire de la paupière supérieure.

L'opération est rendue très délicate et difficile par la petitesse de la réparation à faire.

Le 20 février 1928 : Très bon aspect. Les fils sont enlevés.

Le 15 mars 1928 : Libération totale de la tarsorrhaphie.

Le 14 novembre 1928 : La malade revue plus de neuf mois après la première intervention ne présente aucune

apparence de récidence et le résultat obtenu est très satisfaisant.

Le 14 janvier 1929 : Nous avons convoqué la malade pour refaire sa photographie après l'intervention, celle qui avait été faite n'ayant pas réussi. Elle va très bien (voir planche IV, fig. 2).

Obs. IX (n° 79.053). — *Epithélioma ulcéré de la paupière inférieure.*

M. Doi..., âgé de 74 ans, se présente le 1^{er} mars 1928 à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild, où il avait été opéré de cataracte à l'œil droit en 1915 avec très bon résultat.

Actuellement il présente un gros épithélioma de la paupière inférieure de l'œil droit. Le malade ne peut pas préciser la date du début ; ils nous raconte qu'il existait depuis assez longtemps un bouton de la paupière qui depuis trois mois a pris une grande extension pour aboutir à la lésion actuelle.

L'épithélioma s'étend sur les quatre cinquièmes du bord palpébral, descend jusqu'à la joue sur laquelle il empiète et occupe une partie de la peau de la commissure interne. Le tarse est envahi ainsi que la conjonctive, mais la paupière supérieure paraît être entièrement respectée même à la commissure (voir pl. V, fig. 1).

Le 6 mars 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1^o Large exérèse de la tumeur comprenant :

— la conjonctive jusqu'au cul-de-sac et surtout en dedans ;

— la caroncule ;

— la peau de la commissure interne et de la partie supérieure de la joue ;

2° Dédoublement de la paupière supérieure ;

3° Suture en surjet au catgut du :

— bord tarso-conjonctival inférieur avivé, qui forme le plan profond de la paupière supérieure ;

— à la conjonctive restante du cul-de-sac inférieur ;

4° Prélèvement d'un lambeau cutané vertical médio-frontal à pédicule nasal, qui est inséré entre le bord cutané palpébral supérieur et le bord cutané de l'excision. Le pédicule comble en partie l'excision cutanée faite à la commissure interne sur la face latérale du nez.

5° Suture de la plaie d'emprunt.

Le 12 mars 1928 : Les fils sont enlevés et on constate une bonne prise du lambeau.

Le 22 mars 1928 : On pratique une résection partielle et la régularisation du pédicule.

Le 24 avril 1928 : La tarsorrhaphie est ouverte en totalité.

Le 2 mai 1928 : Le globe est irrité par le contact de l'épithélium du lambeau qui au bord de la paupière nouvelle s'est un peu replié en dedans sur l'œil.

On pratique l'excision d'une mince bande cutanée vers le globe et on suture après avivement de la partie voisine du lambeau.

Le 7 mai 1928 : Il n'y a plus de gêne ni d'irritation.

Le 8 mai 1928 : Le lambeau rapporté étant trop épais

et disgracieux on pratique son amincissement dans le reste de son étendue.

Le 16 novembre 1928 : Le lambeau aminci n'est plus choquant, mais la commissure interne est attirée trop en dedans et la fente palpébrale n'est pas assez étendue en dedans. De plus il y a un larmolement gênant.

Opération : 1° Extirpation de la glande lacrymale orbitaire de l'œil droit;

2° Elargissement de la commissure interne.

Le 5 décembre 1928 : Le larmolement est très atténué, presque nul (voir planche V, fig. 2).

Obs. X (n° 11.474). — *Epithélioma marginal de la paupière inférieure.*

Madame Men... âgée, de 66^{ans}, se présente le 2 mars 1928 à la consultation du service d'ophtalmologie de l'hôpital St-Louis.

Elle est atteinte d'un épithélioma marginal propagé à la conjonctive siégeant vers le milieu de la paupière inférieure de l'œil gauche et plus vers la commissure externe (voir pl. X, fig. 1).

Le début remonte à l'âge de 28 ans par un « petit poireau » que la malade a fait sauter avec un fil de soie. Il n'y a pas de récurrence jusqu'à 45 ans.

A 45 ans il y a un petit bouton qui noircit un peu et grossit et à 63 ans atteint à peu près le volume actuel. Opérée à ce moment dans une clinique on fait, au dire de la malade, l'ablation complète de la tumeur.

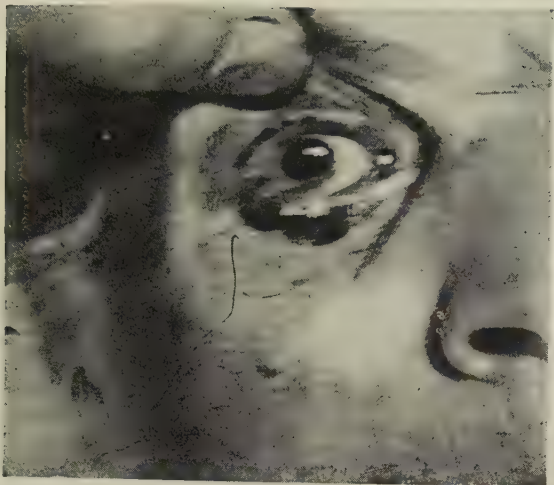


FIG. 1



FIG. 2

Depuis un an elle souffre un peu et la néoformation se propage à la conjonctive.

Le 8 mars 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Excision large de la tumeur occupant toute la partie moyenne de la paupière inférieure y compris le tarse et la conjonctive.

2° Dédoublement de la paupière supérieure par incision intermarginale du bord libre.

3° Suture en surjet au catgut du feuillet postérieur de la paupière supérieure qui forme le plan profond tarso-conjonctival avec la conjonctive restante du cul-de-sac inférieur.

4° Suture au fil de soie des plans superficiels cutanés.

Le 22 mars 1928 : La suite de l'opération étant normale, la malade quitte l'hôpital.

Le 19 avril 1928 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Dissection du bord ciliaire de la paupière supérieure et relèvement sans toucher au plan profond tarso-conjonctival.

2° Insertion dans la surface cruentée d'un lambeau cutané à deux pédicules, pris à la paupière supérieure fixé par sutures en haut et en bas ;

3° Suture de la plaie d'emprunt.

Le 25 avril 1928 : Bonne prise du lambeau. Les deux pédicules sectionnés sont replacés à la paupière supérieure.

Le 14 mai 1928 : Libération de la tarsorrhaphie.

Le 13 juin 1928 : Le plan transporté étant surabondant et inversé en dedans a du être légèrement réséqué

sur le bord ciliaire pour qu'il n'y ait plus contact de la surface épidermique avec la cornée.

Le 11 juillet 1928 : Bonne réparation ; la légère gênée oculaire ressentie par la malade avant la résection du bord ciliaire a totalement disparu. Il y a un petit point de meibomite qu'on touche au galvanocautère.

Le 21 juillet 1928 : Le lambeau est bien en place, de teinte normale et sans saillie.

Le 30 octobre 1928 : La malade va bien quoiqu'il y a un peu d'irritation bulbaire et de névralgie. Il y a une bonne occlusion des paupières et l'ouverture palpébrale est normale (voir pl. X, fig. 2).

Obs. XI (n° 80.145). — *Epithélioma cutané et tarso-conjonctival de la paupière inférieure.*

Mme Rou..., âgée de 60 ans vient consulter le 9 mars 1928. à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Elle présente une large lésion épithéliomateuse de la paupière inférieure de l'œil gauche ayant envahi le tarse et la conjonctive sur les $\frac{3}{4}$ internes de cette paupière, de même que la commissure interne. C'est un épithélioma baso-cellulaire. La peau de la joue étant envahie on ajoutera à l'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale une greffe cutanée transportée complémentaire (voir pl. VI, fig. 1).

Le 23 mars 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Ablation de la tumeur jusqu'au voisinage de la commissure externe, l'excision comprenant ;

- le tarse et la conjonctive ;
- la peau de la partie voisine de la joue ;
- la commissure interne qui est infiltrée.
- la caroncule ;

2° Dédoublement de la paupière supérieure jusqu'à l'angle interne, sacrifiant le canalicule lacrymal ;

3° Suture en surjet au catgut de la lèvre postérieure de la paupière supérieure à la lèvre muqueuse de l'excision :

a) Oblitérant complètement l'angle interne ;

b) Laissant l'angle externe intact avec un pertuis pour l'évacuation des larmes ;

4° Dans la brèche existant entre le bord cutané de la paupière supérieure abaissée et la limite de l'excision cutanée, est inséré un lambeau de peau libre pris au bras gauche. Ce lambeau une fois en place est fixé par des sutures simples.

Le 25 mars 1928 : Le lambeau a pris et est bien coloré.

Le 30 mars 1928 : Les fils sont enlevés. Prise complète du lambeau sur la brèche.

Le 14 mai 1928 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Dissection et relèvement de la partie cutanée seule du bord ciliaire de la paupière supérieure, le plan profond tarso-conjonctival étant laissé intact ;

2° Insertion dans la brèche qui apparaît d'un étroit lambeau de peau à pédicule interne pris à la paupière supérieure et qui formera la partie marginale de la future paupière inférieure.

Le 3 mai 1928 : Libération de la tarsorrhaphie.

Le 12 juin 1928 : Libération étendue plus loin, du côté de l'angle interne.

Le 21 juillet 1928 : Bon résultat. La malade est présentée à la Société d'ophtalmologie de Paris.

Le 3 octobre 1928 : L'esthétique est de beaucoup améliorée par la diminution du volume de la paupière. Voir (planche VI, fig. 2) sa photographie faite le 21 juillet 1928, un mois et demi après la libération de sa tarsorraphie.

Obs. XII (n° 90.024). — *Epithélioma ulcéré et végétant de la paupière inférieure.*

Mme C..., âgée de 76 ans, se présente le 9 août 1928 à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild.

Elle est atteinte d'un large épithélioma ulcéré et végétant de la paupière inférieure droite occupant en largeur les deux tiers externes de cette paupière et dans le sens vertical toute la hauteur de celle-ci, ayant envahi le tarse et la conjonctive et empiétant sur la joue (voir pl. VH, fig. 1).

La lésion avait débuté il y a 3 ans par un petit bouton qui fait son apparition vers le milieu de la paupière, en dessous du bord libre. Il y a un an il a commencé à grandir assez rapidement pour aboutir à la lésion actuelle.

Il y a lieu d'intervenir en pratiquant une large exérèse de la tumeur et en sacrifiant la commissure externe et le point lacrymal inférieur. Cette exérèse sera



FIG. 1



FIG. 2

comblée par le procédé d'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale.

Le 10 août 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

a) Excision de la tumeur entre deux pinces de Kocher et comprenant :

- la commissure externe avec la partie voisine de la paupière supérieure ;
- le point lacrymal inférieur qui est dépassé en dedans.

Tout le tarse et la conjonctive sont compris dans cette excision.

b) Après dédoublement de la paupière supérieure et avivement de la lèvre postérieure de son bord ciliaire :

1° Suture en surjet au catgut n° 000 du bord inférieur du plan profond tarso-conjonctival de la paupière supérieure, au bord de ce qui reste de conjonctive dans le cul-de-sac inférieur ;

2° Le bord ciliaire cutané de la paupière supérieure est fixé à ses extrémités externe et interne, au bord de la perte de substance cutanée (avec suture de la brèche faite par ablation de la commissure externe).

La surface cruentée restant à découvert entre le bord ciliaire et la plus grande partie du bord cutané inférieur appartenant à la partie supérieure de la joue est comblée par un greffon de peau pris au bras gauche. Cette brèche est d'ailleurs de peu de largeur car elle ne s'étend pas dans le sens transversal d'un bout à l'autre de la paupière.

Le lambeau y est fixé par des sutures simples au

bord palpébral supérieur en haut, de même qu'au bord de la peau incisée en bas.

Le 17 août 1928 : La plaie cicatrise sans incidents ; il y a une bonne prise du lambeau. Les fils sont enlevés.

Le 12 octobre 1928 : DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Libération et relèvement de la partie cutanée seule du bord ciliaire supérieur, laissant le plan profond tarso-conjonctival intact ;

2° Mise en place dans la brèche d'un lambeau cutané à pédicule externe, pris à la paupière supérieure selon la technique habituelle.

Le 9 novembre 1928 : Libération de la tarsorrhaphie. Il est remarquable que la greffe de peau du bras faite à la partie supérieure de la joue est devenue complètement invisible ; son contour a complètement disparu ; elle est absolument semblable par son épaisseur, aspect et teinte avec la peau ici particulièrement colorée dans laquelle elle a été incluse.

Le 27 novembre 1928 : Libération totale de la tarsorrhaphie dans l'angle interne.

Le 5 décembre 1928 : La large partie tarso-conjonctivale greffée est bien en place. On constate seulement une légère encoche au point de réunion du lambeau cutanéotarlo-conjonctival greffé, avec la partie interne du bord libre conservé de la paupière inférieure.

Le 14 décembre 1928 : Il s'est produit un léger entropion de la partie la plus interne de la paupière supérieure, limité à la zone qui n'a pas été intéressée à la tarsorrhaphie et à la résection. Tout le reste du bord

libre de la paupière est normal et ne présente pas de déformation.

Opération : Redressement partiel du bord libre par le procédé de Kronis, avec résection du tarse intéressant la partie toute interne de la paupière supérieure de l'œil droit. Voir (planche VII, fig. 2) la photographie faite le 14 décembre 1928, trois semaines après la libération de sa tarsorrhaphie.

Obs. XIII (N° 89.095). — *Epithelioma ulcéré et bourgeonnant de la paupière inférieure.*

M. Mar..., âgé de 50 ans, se présente le 25 juillet 1928 à la consultation de la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild. Il est porteur d'un épithélioma de la paupière inférieure de l'œil droit.

La tumeur ulcérée et bourgeonnante occupe les deux tiers externe de la paupière inférieure, atteignant le voisinage immédiat du point lacrymal inférieur. Il y a envahissement du tarse et de la partie supérieure de la conjonctive palpébrale. Le canalicule lacrymal inférieur doit être sacrifié (voir pl. VIII, fig. 1).

Le 31 juillet 1928 : PREMIER TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Excision de la tumeur comprenant le point lacrymal inférieur et s'étendant loin, à toute la hauteur cutanée de la paupière dont le bord ciliaire n'est conservé que dans le quart interne ;

2° Dédoublement dans le plan frontal par une incision intermarginale du bord ciliaire de la paupière supérieure. Le bord inférieur du feuillet profond tarsor-

conjonctival ainsi obtenu est fixé par un surjet au catgut à ce qui reste de conjonctive dans le cul-de-sac inférieur tandis que le feuillet cutané superficiel est fixé au bord cutané de l'excision.

Le 6 août 1928 : Les fils cutanés sont enlevés.

Le 10 août 1928 : Bonne consolidation, mais la coaptation du plan profond manque sur une petite étendue en dehors, surface grande comme une tête d'épingle.

Le 13 août 1928 : Le défaut de coaptation du plan profond se comble par une obstruction presque spontanée. Le malade ne présente aucune réaction.

Le 9 octobre 1928. DEUXIÈME TEMPS OPÉRATOIRE.

1° Dissection de la partie cutanée seule du bord ciliaire de la paupière supérieure que l'on relève.

On laisse intact le plan profond tarso-conjonctival, qui apparaît comme une brèche cruentée.

2° Insertion dans cette surface d'un lambeau cutané à pédicule interne pris à la paupière supérieure et qui la recouvre entièrement. Les bords du lambeau sont suturés d'une part en bas au bord cutané de l'excision, d'autre part en haut, au bord cutané ciliaire de la paupière supérieure.

19 octobre 1928 : Remise en place du pédicule interne.

Le 2 novembre 1928 : Libération de la tarsorrhaphie.

Le 14 décembre 1928 : Bon résultat. Il n'y a pas de raccourcissement apparent de la paupière supérieure. Voir (planche VIII, fig. 2) sa photographie faite le 14 décembre 1928, soit six semaines après la libération de sa tarsorrhaphie.

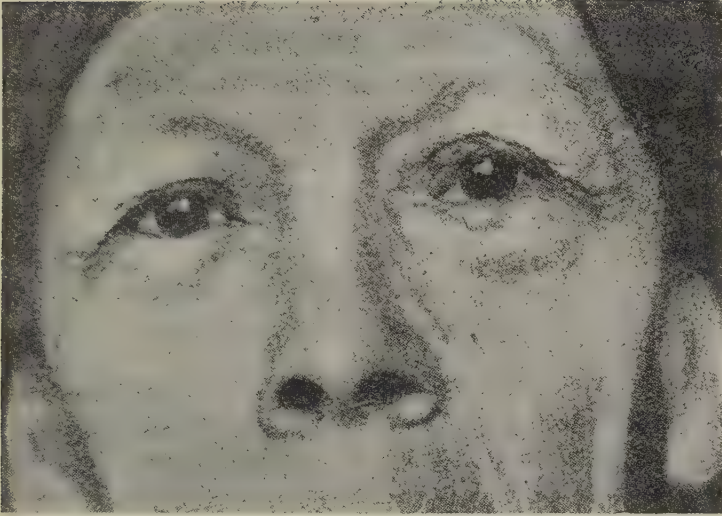


FIG. 1

Mme M. . Le cliché représentant la lésion a été détruit. Epithelioma occupant les deux tiers internes de la paupière inférieure, ayant envahi le tarse et la conjonctive jusqu'au cul-de-sac et atteint la peau de la commissure interne. Excision large de la tumeur et autoplastie palpébro-palpébrale intégrale. Photographie faite le 11 février 1927, trois mois après l'intervention. La photographie a notablement accusé les détails et les contours du lambeau, beaucoup moins apparent vu directement sur la malade. (Opérée présentée à la séance de la *Société Française d'Ophthalmologie*, en Mai 1927).

AVANTAGES DU PROCÉDÉ

Le procédé que nous avons décrit et qui s'applique à toute destruction des paupières, partielle ou totale dans la largeur, totale dans l'épaisseur, conviendra dans les divers cas de colobome, accidentel ou congénital ; *mais c'est dans la réparation des exérèses pour épithélioma qu'il trouvera sa plus fréquente application.*

Voici en effet ce que notre Maître, le Dr Dupuy-Dutemps écrit à ce sujet dans les *Annales d'Oculistique* du mois de décembre 1927 :

« L'expérience de ces vingt dernières années m'a donné en effet la conviction absolue qu'en l'état actuel, le seul traitement curatif légitime de l'épithélioma palpébral, quel que soit son siège, est l'ablation large d'emblée, qui procure dans la majorité des cas, une guérison définitive. Avec les autres traitements médicaux, la radiothérapie, aveugle, incertaine dans son action destructive, le plus souvent inefficace ou même dangereuse, doit être abandonnée. Beaucoup d'autres certainement sont arrivés à la même conclusion pratique ; mais j'ai cru devoir incidemment la formuler ici d'une façon catégorique, pour mettre en garde les

plus jeunes contre les risques d'une thérapeutique en apparence facile, séduisante par ses résultats immédiats et si bien acceptée par les malades. Il y a lieu cependant de distinguer entre l'épithélioma purement cutané et celui qui a envahi le tarse et la conjonctive. Dans le premier cas, la radiothérapie peut sans doute donner une guérison définitive, mais comme le succès est absolument incertain et imprévisible, il est bien plus sûr et aussi plus rapide de pratiquer dès l'abord une exérèse qui se réduit alors à une simple résection de peau. Le plus souvent en effet, lorsque la guérison apparente a été obtenue, ce qui est loin d'être constant, l'infiltration néoplasique, après un délai variable, reparaît, progressant soit à la périphérie de la région primitivement irradiée et cicatrisée, soit dans la profondeur. Et l'excision qui s'impose alors pour le néoplasme récidivé et radio-résistant, entraîne de bien plus larges délabrements.

Mais quand le tarse et la conjonctive sont envahies, je n'ai pas connaissance que la radiothérapie ou la curiethérapie aient jamais amené même une guérison apparente de quelque durée. L'échec d'emblée ou la récurrence sont la règle constante, que les cellules néoplasiques aient acquis dans ces tissus une plus grande résistance ou qu'une technique correcte de l'irradiation y soit difficilement applicable. C'est dans ces cas qu'on voit de véritables désastres. La réduction de la partie principale de la lésion et sa cicatrisation en imposent pour une amélioration ou une guérison, alors que l'infiltration néoplasique, derrière les paupières qui la mas-

quent, se reproduit ou continue à s'étendre insidieusement dans la conjonctive tarsienne, les culs-de-sac ou l'orbite même. Sans doute le souci d'éviter des déformations disgracieuses et de conserver à l'œil une protection suffisante, est il la principale des raisons qui ont contribué à maintenir si longtemps en faveur un traitement qui ne guérit pas. Mais ces inconvénients même, d'importance bien secondaire eu égard à la gravité du mal, sont aujourd'hui considérablement réduits grâce aux progrès de la chirurgie réparatrice ».

La peau transplantée ayant la même finesse et la même coloration que celle de la région où elle est insérée, il n'existe aucun contraste choquant. Le greffon ne se distingue que par la mince ligne cicatricielle qui marque son contour. Le fragment tarso-conjonctival, en bonne place, ne faisant pas saillie, se continue régulièrement avec les parties voisines. Il maintient par sa rigidité la forme de la paupière, empêchant son affaissement et son enroulement.

Le plan tarso-conjonctival de la paupière détruite reconstitué dans tous ses éléments, remplit le rôle qui lui est normalement attribué dans des conditions parfaites.

Le fait que la réfection de ce plan tarso-conjonctival est pratiquée quelques semaines avant la blépharoplastie cutanée, permet d'opposer une barrière à l'infection ainsi qu'à l'écoulement des larmes et des sécrétions oculaires qui si fréquemment gênent et entravent la bonne prise du greffon. Ensuite le feuillet superficiel cutané bien constitué sert de sangle au feuillet profond en cas ou par hasard un point du surjet de celui-ci lâ-

cherait. En n'insérant qu'après le lambeau pédiculé cutané pris à la paupière supérieure, celui-ci reposera sur un plan profond parfaitement coapté, ce qui lui donnera le maximum de chances pour bien prendre. On se rend compte qu'en faisant toute l'intervention en un seul temps, le plus léger défaut de coaptation du plan profond, le lambeau cutané pédiculé étant déjà en place compromettrait totalement l'autoplastie.

Le bord de la paupière supérieure ne subit aucune déviation ni en dedans, ni en dehors d'où absence d'entropion ou d'ectropion, car la résection avait intéressé à peu près également les deux plans palpébraux. La paupière se trouve seulement un peu raccourcie. Mais ce raccourcissement, plus léger qu'on ne le croirait *a priori*, n'est pas apparent dans les positions habituelles des yeux, ainsi qu'on peut le constater sur les photographies : des deux côtés la fente palpébrale apparaît de la même largeur. L'occlusion des paupières se fait d'ailleurs normalement. C'est seulement lorsque le regard est dirigé en bas, ou lorsqu'on étale avec le doigt la paupière, qu'on la voit s'abaisser moins que celle de l'autre œil.

De plus l'esthétique est encore sauvegardée par la conservation des cils au niveau du bord libre de la paupière supérieure.

Ce résultat plastique excellent s'obtient sans difficulté, presque à coup sûr, sans qu'il soit besoin de grande habileté ou précision. La nouvelle paupière, bien étalée et fixée par la blépharorrhaphie, se modèle en effet d'elle-même au cours de la cicatrisation ; et tout vient spontanément en bonne place.



FIG. 1



FIG. 2

CONCLUSIONS

I. — Après lecture de notre chapitre. « Exposé des diverses méthodes d'autoplastie » on a pu se rendre compte que la plupart des procédés de blépharoplastie employés ne donnent pas toute satisfaction lorsqu'il s'agit de refaire une paupière détruite dans toute son épaisseur, car ils peuvent entraîner de l'irritation oculaire et leurs résultats sont souvent inesthétiques. En l'absence du globe oculaire il suffit que le greffon forme un bourrelet assez saillant pour maintenir la pièce artificielle.

II. — Si l'œil est intact, il importe que la face postérieure de la paupière reconstituée soit tapissée par une muqueuse, pour éviter le contact de la cornée avec une surface irrégulière ou épidermique. De plus il est utile par l'inclusion dans son épaisseur d'un tissu résistant comme le tarse, de lui donner une rigidité qui maintienne sa forme et empêche l'enroulement du côté de l'œil, de sa face épidermique. Il est évident que c'est en remplaçant les parties détruites par des tissus exactement semblables pris à l'autre paupière que pourra être

réalisée la meilleure réfection. Les procédés employés dans cet ordre d'idées, procurent le résultat utile, en assurant la protection de l'œil. Mais les bords minces et nus de l'ouverture palpébrale et la rangée de cils déportée en pleine paupière, ne peuvent produire qu'un effet disgracieux.

III. — Notre maître, le Dr Dupuy-Dutemps, a conçu un procédé moins fruste, qui, pour chaque cas modèle plus exactement la réparation d'après la forme et l'étendue de la perte de substance. Nous en avons décrit la technique avec des figures explicatives. Après la réunion par suture des plans tarso-conjonctivaux des deux paupières, la brèche cutanée est comblée par un lambeau pédiculé pris d'habitude à la peau de la paupière saine et le diaphragme tarso-conjonctival est ensuite sectionné le long du bord ciliaire de la paupière saine. Ce procédé conviendra dans les divers cas de colobome, accidentel ou congénital ; mais c'est dans la réparation des exérèses pour épithélioma qu'il trouvera sa plus fréquente application.

IV. — Nous avons exposé treize observations de restauration palpébrale par l'autoplastie palpébro-palpébrale intégrale ; une pour colobome traumatique et douze pour épithélioma de la paupière ayant envahi le tarse et la conjonctive. Ces observations accompagnées de schémas et de photographies précisent les différents temps de la méthode et démontrent les bons résultats que son application permet d'obtenir. Dans

aucun cas on n'a eu un raccourcissement de la paupière saine et la seule fois qu'un entropion partiel s'est produit (voir notre observation XI) ce fut juste dans la zone qui n'a pas été intéressée par la tarsorrhaphie et par la résection. De plus aucune récurrence n'a été constatée chez les premiers opérés, l'intervention remontant à trois ans.

V. — Le procédé décrit a pour avantages, non seulement de refaire la paupière détruite par les éléments palpébraux normaux, ce qui empêche toute irritation oculaire, mais aussi, grâce au diaphragme tarso-conjonctival préalablement constitué qui réalise une barrière à l'infection ainsi qu'à l'écoulement des larmes et des sécrétions oculaires, de permettre une greffe cutanée satisfaisante. De plus l'esthétique est encore sauvegardée par la conservation des cils, au niveau du bord libre de la paupière saine.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président de la thèse*
H. ROGER. Félix TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ADDARIO. — Blepharo-plastica risultati immediati e definitivi (*Progresso oftal.* Palermo, 1909-10, V, 95, 103).

ANGELUCCI. — Processo operativo per l'entropion e trichiasi della palpebra superiore (*Arch. di Ottal.* Napoli, 1908-09, XVI, p. 97).

AXENFELD. — *Traité d'ophtalmologie.*

BADAL. — Autoplasties oculaires à pont transbordé (*Bull. et mém. Soc. Française d'ophtalmologie*, Paris 1902, XIX, p. 543).

BECK. — Plastic opération for restoration of cyclids (*Surg. Clin.*, Chicago, 1919, III, p. 47-51).

BERGER. — La méthode italienne (*Communication à l'Académie de Médecine*, 1889. *Rapport à la Société de Chirurgie*, 1900).

BERARDINI (de). — Risultati di alcune operazioni di plastica (*Ann. di Ottal.*, Pavia, 1905, XXXV, p. 813-834).

BIRCH HIRSCHFELD. — Tarsoplastik nach Budinger. *Klin. (Monats. f. Augenh.*, Stuttg., 1905, XLIII, p. 463).

BLASKOVICS (von). — Lidrandplastik. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, Stuttg. 1910, XLVIII, p. 334)

BOLLIET. — De la greffe cutanée et de ses applications principalement à la chirurgie oculaire (*Th. de Paris*, 1882).

BURKHART. — Durée de la vie et de la vitalité des cellules de l'épiderme notamment au point de vue des greffes cutanées (*Deutsche Zeitsch. f. chir.*, LXXIX).

BUTLER. — Plastic surgery of cyclids after war injuries (*Arch. opht.*, New-York, 1919, XLVIII, p. 103-110).

CANGE. — Blépharoplastie (*Bull. Med.*, Paris, 1905, XIX, p. 545).

CARSTEN. — Ekblépharon Prothesen (*Ztsch. fl Augenh.* Berlin, 1916. orig. XXXVI, p. 209-211).

CARVALHO (José de). — Autoplastie palpébro-faciale à lambeau pédiculé cervical (proc. de Snydacker) avec ou sans utilisation du péd. Tech. Mod. p. Morax (*Th. de Paris*, 1918).

CHEVRIER et CANTONNET. — Analg. régionale dans la chirurg. des paup. et l'app. lacrymal (*Gaz. des Hôp.*, Paris 1909, LXXXII, p. 1745).

CIRINCIONE. — Sulla blépharoplastica (*Clin. ocul.*, Palermo, 1901, p. 449).

CLÉRET. — Des autoplasties à gd. décollement (Meth. de Morestin) (*Th. de Paris*, 1909).

CROSS. — Plastic repair of cyclids by pediculated skin grafts (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1921, LXXVII, p. 1233-1237).

DANIS. — Reconstitution du cul-de-sac de la paup. inf. par autoplastie cutanée (*Ann. d'oculistique*, Paris, 1916, CLIII, p. 69).

DEL MAZO. — Blépharoplastie par le procédé de Sn�dacker (*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas.*, Madrid, juin 1909).

DEVAL. — Chirurgie oculaire.

DÉMÉTRIADIS. — Traitement des colobomes cicatriciels (*Th. de Paris*, 1922).

DEPAGE. — Rapport sur la chirurgie réparatrice de la face (*XVIII^e Congrès français de chirurgie*, Paris, 1905).

DURUY-DUTEMPS. — *Annales d'oculistique*, Paris, décembre 1927 et *Monde Médical*, Paris, septembre 1928).

DUVERGER. — Procédé permettant la réfection exacte du bord libre des paupières. (*Arch. d'ophtal.* Paris 1916-17, XXXV, p. 667).

ELSCHNIG. — Tarsorrhaphie. (*Ztschr. f. Augenh.* Berlin 1915, XXXIII, p. 280-283).

ESSER. — Zihenplastik. (*Deuts. Ztschr. f. chirurg.* Leipzig, 1919, CXLVIII, p. 199-205).

FALCHI. — Méthode der Blépharoplastik bei central. Colobom des Augenlides. (*Arch. Augenh.*, Wiesb. 1908, LIX, p. 226).

FINNOFF. — Blépharoplasty of restoration of socket. (*Tr. Am. Acad. Ophtalm. oto-Laryng. Sect.* Chicago, 1921, sect. XXXVI, p. 154-160).

FRANKE. — Plastische operationen an den lidern und zur wierden-herstellung des brindechaussaches. (*Ztschr. f. Augenh.* Berlin 1910, XXIII, p. 112-124).

FRANKE. — Sur la greffe de Thiersch en ophtalmologie (*Soc. médicale de Hambourg*, 1893).

FRENKEL. — Restauration de la paupière inférieure

par autoplastie à pédicule. (*Toulouse méd.* 1904, 2 S. VI, p. 281).

GAMA PINTO (DE). — Lidplastik (*Ber. u. d. Versamml. d. Ophthalm. Gesellsch.* 1905, Wiesb., 1906, p. 261-267).

GERNET (VON). — Tarsuseurzition (*Zts. f. Augenh.* Berlin, 1924, LIII, p. 211).

GILLET de GRANDMONT. — Greffe de peau de grenouille appliquée à la restauration des paupières (*Soc. d'opht. de Paris*, 1890).

GILLIES et HIGGENS. — Discussion of plastic operations of cyclids (*Tr. opht. Soc. U. Kingdom*, Londres, 1918, XXXVIII, p. 70-118).

GINESTE. — Contribution à l'étude des plaies de guerre. Suture secondaire et réparation autoplastique secondaire (*Thèse de Paris*, 1917).

GRANCLÉMENT. — Blépharoplastie à volet (*Lyon Médical*, 1921, CXXX, p. 85).

GRAEFFE (V). — Rhinoplastik. Berlin, 1818).

GUYON. — Article Blépharoplastie (in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

HALE. — Ein neues Verfahren der Blépharorrhaphie (*Klin. Monast. f. Augenh.* Stuttg, 1904, XLIII, p. 557).

HALLE. — Plastik am Oberlid mit Radikaloperation der Stirnhole (*Berlin Klin. Woch*, 1918, LV, p. 892).

HAY. — Plastic operations about lids and socket (*Brit. J. Oph.*, 1920, IV, p. 368).

HENRY. — Lid lifting spennlum. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, Londres, 1920-21, XIV, Sect. ophtal. 65).

HÉRAIL. — Sur les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch (*Th. de Montpellier*, 1911-1912).

JEANDELISE et BRETAGNE. — Réfection palpébrale (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 1922, L, p. 622).

JORGE. — Wiederherstellung des Unterlides vermittels Haut und Knochen (*Klin. Monats. f. Augenh.*, Stuttg, 1923, LXX, p. 467).

JOSEPH. — Erfahrungen bei Blépharoplastik (*Beitr. z. Klin. Chir.*, Tübingen, 1924, CXXXI, p. 52).

KALB. — Lidplastik bei gleichzeitigem Bindehautdefekt (*Zentralbl. f. Chir.*, Leipzig, 1916, XLIII, p. 617).

KALT. — *Bulletin de la Société d'ophtalmologie de Paris*, 1892, p. 156).

KALT. — Restauration d'une paupière totalement détruite par le moyen d'un lambeau à double face (*Ann. d'ocul.*, Paris, 1919, CLVI, p. 571).

KAN. — Excision of retrotarsal fold (*J. ophtal. otol. et laryngology*, New-York, 1901, XIII, p. 323).

KENDAL FRANKS. — On subcuticular suture (*British Medical Journal*, 1890, t. I, p. 414).

KÖLLNER. — Société d'ophtalmologie de Berlin, premier semestre 1911 et Archives d'ophtalmologie, 1911, p. 743.

KUHNT. — Blutstillung nach Lipopérationen bei hamophilen (*Ztschr. f. Augenh.*, Berlin, 1904, XII, p. 390).

KUHNT. — Plastische operationen an Lidern und Bindehaut bei Kriegsverletzten (*Handbd. d. ärztl. Erfahr. im Welthr*, Leipzig, 1922, V, p. 449).

KUHNT. — Wie vermeiden wir einstellungen bei unschriebenen abtragungs der Lidrander um ganzen Dicke (*Ttschr. f. Augenh.*, Berlin, 1911, XXXV, p. 272).

LANDOLT. — Nouveau procédé de blépharoplastie (*Archives d'ophtal.*, 1881, p. 9 et 111 et *Archives d'ophtalmologie*, 1885, p. 490).

LÉOZ. — Nuevo metodo de autoplastia del parpado inferior (*Arch. de oftalm. Hispano, Am.*, Barcelone, 1915, XV, p. 131).

LOWENSTEIN. — Freie lidplastik mit Verwendung von Ohrnorpel nach Budingen U. Müller (*Prag. med. Woch.*, 1914, XXXIX, p. 619).

LIETO VOLLARO (DE). — Risultati di plastiche palpebrali (*Arch. di ottal.*, Napoli 1912-13, XX, p. 425).

LOTINE. — Sur divers procédés de blépharoplastie (*Ann. d'ocul.*, Paris, 1912, CXLVII, p. 352).

MADAMET. — Etude de blépharoplasties à pédicule méthode italienne et méthode indienne (Bordeaux, 1903).

MAGALDI. — Casuistica della blefaroplastica (*Ann. di Ottal.*, Pavia, 1903, XXXII, p. 455).

MARGERIN. — Du traitement de l'ectropion cicatriciel des paupières par les greffes dermo-épidermiques (*Th. de Paris*, 1920).

MARIN AMAT. — Estudio de las blefaroplastias (*Arch. de oftal. Hispano am.*, Barcelone, 1913, XIII, p. 57).

MEISNER. — Lidplastik mit hautohrnorpellappen (*Klin. Monats. F. Augenh.*, St., 1910, XLVIII, p. 110).

MIRAULT. — Annales d'oculistique, 1851, t. XXV, p. 121.

MOBILIO. — Statistica della blefaroplastica (*Giorn. di ocul.*, Napoli 1922, III, P. 91).

MORAX. — Annales d'oculistique, janvier 1908, p. 14 à 30.

MORAX. — Autoplasties de la région orbitaire (*Bowman Lecture, Transactions of the ophtalmological Society*, vol. XXXIX, 1919).

MOREAU. — Réfection palpébrale et sourcillière (*Loire Médic.*, St-Etienne, 1920, XXXIV, p. 159).

MORETTI. — Blépharoplastica a lembo frontale mediano (*Ann. di ottal.*, Pavia, 1910, XXXIX, p. 544).

MORETTI. — Blepharocongiunctivoplastica (*Riv. Scient. Prat. di Milano*, 1910, V, p. 159).

MOUTINHO. — Brèves considérations sobre blefaroplastias y protesis ocular (*Rev. Cubana de ophtal.*, Habana, 1922, IV, p. 153).

NASR. FARID. — Blépharoplastie (*Clin. opht.*, Paris 1909, XV, p. 388).

NUTTING. — Plastic surgery in and about cyclids, (*Calif. State J. N. San Franc.* 1922, XX, p. 15).

OLLIER. — *Bulletin de l'Acad. de Médecine*, janvier 1872.

ORCUTT. — Opération of tarsectomy (*Ophtalmol. Seattle* 1916-17, XIII, p. 43).

PARKER. — Practical points by blepharoplasty (*Tr. Am. Acad. ophtal. O. L. Sect.*, Chicago 1921, XXVI, 161).

PICK. — Opération der trichiasis und ptosis (*Klin. Monats. f. Augenh.* Stuttg. 1922, LXVIII, p. 754).

POULARD. — Autoplasties palpébrales (*La Clin. opht.* Paris 1919, XXIII, p. 413).

RAMASCHEFF et PREIZ. — Ein Versuch der Plastik der tarsalen Teiles des Oberlides mit benutzung eines geistillten Konjunktivallapp (*Klin. Monats. f. Augenh.* Stuttg. 1912, I, p. 326).

RENEAUME de la GARANNE. — *Hist. de l'Académie royale des sciences*, 1719, Paris 1721, p. 29.

REVERDIN. — Société impériale de chirurgie (in *Gaz. des Hôpitaux* 1870, n° 4).

ROLLET. — Blépharoplastie à double lambeau pédiculé (*Rev. gén. d'ophtal.* Paris, 1903, XXII, p. 481).

ROUCHAUD. — Contribution à l'étude des blépharoplasties (*Th. de Paris*, 1926, Arnette éditeur).

SADEK. — Cicatricial ectropion of lower lid. treatment by blepharoplasty 4 cases (*Tr. Oph. Soc. U ; Kingdom Lond.* 1919, XXXI, p. 391).

SIKLOSSY (von). — Chirurgie des Lider (*Klin. Monatsf. Augenh.*, Stuttg. 1903, XLI, p. 17).

SNYDACKER. — Archives of ophthalmology, vol. XXXV, p. 57.

SNYDACKER. — Snyder's blepharoplasty in Morax's clinic (*Ann. Journ. Opht.*, Chicago, 1919).

SSAPIEJKO. — Contribution clinique à l'étude de la greffe muqueuse (*Wiestnik Oph.*, 1891).

STEINER. — Chirurgie des paupières (*Ann. d'ocul.*, Paris 1908, CXXXIX, p. 112).

TEDCHIES. — Blépharoplastie, greffe dermique et conjunct. (*Ann. d'opht.*, 1877).

TERRIEN. — Autoplasties par lambeau pédiculé (*Soc. d'oph. de Paris*, 1905).

TERRIEN. — Réparation des lésions conjonctivales et palpébrales par plaies de guerre (*Archives d'opht.*, 1916-1917).

TERRIEN. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes.

TERSON. — Tarsorrhaphies interne et médio-interne (*Ann. d'ocul.*, Paris 1924, CLXI, p. 12).

THIERSCH. — *Centralbl. f. chirurgie*, 1883, n° 24, Beilage, p. 17.

VALUDE. — Restauration des paupières (*Arch. d'opht.*, Paris 1889).

VALUDE. — *Bulletin de la Soc. d'opht. de Paris*, 1892, p. 159.

VALUDE. — *Encyclopédie Franc. d'opht.*, t. V et IX

WECKER (de). — De la greffe dermique en chirurgie oculaire (*Ann. d'Ocul.*, 1872).

WESCOTT. — Case illustrating plastic surgery of cyclids (*J. Am. N. Ass.*, Chicago, 1902, XXXVIII, p. 763)

WHITE et WHITE. — New operation for cantoplasty with special technic in cases due to trachoma (*Ophtal. Rec.*, Chicago 1917, XXVI, p. 132).

WOLFE. — *Med. Times and Gaz.*, 1876, 3 juin.

ZIRM. — Schräge Blepharotomie (*Arch. f. Augenheilkunde*, vol. LXIX, 1911, p. 244).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
Historique	15
Exposé des diverses méthodes d'autoplastie	25
Premier grand procédé opératoire : la blépharoplastie à pédicule	27
Deuxième grand procédé opératoire : la greffe cutanée transportée	37
Un nouveau procédé de plastique palpébrale Autoplastie palpébro-palpébrale intégrale	47
Modifications de la technique opératoire selon les cas	59
Observations	67
Avantages du procédé	97
Conclusions ..	101
Bibliographie	105

1929. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.
